

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>BOMBAS Y EQUIPOS</b><br/>DUQUE INGENIERIA SAS<br/>NIT 900.784.130-8</p> | <p><b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br/><b>FORMATO GENERAL DE ACTAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                   |                                  |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Tema de la reunión:</b> Reunión mensual del Vigía de seguridad | <b>Fecha:</b> 1 de abril de 2024 |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|

| ASISTENTES           |                          |                             |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE               | CARGO                    | FIRMA                       |
| Laura Catalina Duque | Representante Legal      | <i>Laura Catalina Duque</i> |
| Diana Cerquera       | Asistente administrativa | <i>Diana Cerquera</i>       |
| Guisella Navarrete   | Responsable SG-SST       | <i>Guisella Navarrete</i>   |
|                      |                          |                             |
|                      |                          |                             |
|                      |                          |                             |

| TEMAS TRATADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>La presente reunión se realiza con la presencia del Gerente, el Vigía de seguridad y salud en el Trabajo, para el informe de la gestión SST adelantada en el periodo de MARZO comprendido del 29 de febrero al 31 de marzo de 2024</p> <p><b>Accidentalidad</b><br/>Durante el periodo evaluado, no se presentaron accidentes laborales, se continúa con los controles en obra. Se realiza seguimiento al ausentismo de los trabajadores, el cual aporta horas hombre para los análisis de accidentalidad.</p> <p><b>Actividades Semana Santa</b><br/>Se contó con la programación de actividades de semana santa, con el fin de organizar todos los requerimientos tanto técnicos como del área de seguridad para dichas actividades.</p> <p><b>Capacitación</b><br/>Se espera programación de capacitaciones virtuales y presenciales por parte de la ARL para realizar la inscripción de los trabajadores.</p> <p><b>Documentación</b><br/>Esta actividad es constante para evitar los retrasos en el sistema</p> <p>Se da por finalizado el informe de la gestión del vigía de seguridad y salud en el trabajo, y se deja programado el próximo informe para el mes de marzo de 2024.</p> |

| COMPROMISOS PACTADOS                                                   |                |            |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| COMPROMISO                                                             | RESPONSABLE    | FECHA      |
| Continuar seguimiento cronograma de capacitaciones mensuales de la ARL | Diana Cerquera | Abril 2024 |

|                                                                                   |                                                                                                 |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>FORMATO GENERAL DE ACTAS</b> | <b>VERSIÓN: 01</b>      |
|                                                                                   |                                                                                                 | <b>FECHA: 11-mar-24</b> |

| INFORMACIÓN GENERAL          |                         |                        |          |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|----------|
| <b>MOTIVO DE LA REUNIÓN:</b> | Acta vigía de seguridad |                        |          |
| <b>FECHA:</b>                | 27 de marzo de 2024     | <b>HORA DE INICIO:</b> | 10:30 am |
| <b>LIDER / MODERADOR:</b>    | Edgar Jesús Hernández   |                        |          |

| DESARROLLO DE LA REUNIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Dando inicio a la reunión del vigía de seguridad y salud en el trabajo, a las 10:30 am, se tratarán los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión SST desarrollada durante el periodo del 1 al 27 de marzo de 2024</li> <li>Documentación requerida</li> <li>Actividades técnicas desarrolladas</li> </ul> <p>Durante el periodo indicado, se ha incrementado las actividades de SST, pues la empresa inició un nuevo proyecto con Transmilenio.</p> <p>Es así que para este nuevo proyecto se ha fortalecido los procesos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contratación (Documentación legal al día para presentar al Cliente)</li> <li>Capacitación (inducción)</li> <li>Adquisición de bienes y servicios (exámenes médicos, dotación, etc.)</li> <li>Documentación requerida por el sistema (procedimientos)</li> </ul> <p>Entre otros temas desarrollados.</p> <p><b>Accidentalidad</b></p> <p>Durante el periodo desarrollado no se presentaron accidentes laborales, y se ha iniciado procesos de sensibilización, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de trabajo seguro, para las actividades contratadas.</li> <li>Identificación de riesgos.</li> <li>Inducción a los trabajadores nuevos.</li> </ul> <p><b>Documentación</b></p> <p>A pesar de tener documentación de base del sistema, esta se completó con las actividades a ejecutar, pues a pesar de estar constituidos desde octubre del 2023, no se había presentado obra para la implementación e identificación de otros requerimientos documentales.</p> <p>Dentro de los documentos desarrollados e implementados, están:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formatos de inspecciones.</li> <li>Procedimiento de trabajo seguro.</li> <li>Temarios de capacitación.</li> </ul> <p><b>Elementos de protección</b></p> <p>Se desarrolló la matriz de elementos de protección, teniendo en cuenta las actividades a desarrollar, como fue trabajo en alturas y actividades de mantenimiento</p> <p>Siendo las 11:30 am, se da por finalizada la reunión de vigía, y queda programada la próxima reunión a finales del mes de abril del año en curso.</p> |

| COMPROMISOS                                                    |                       |                    |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| ACTIVIDAD                                                      | RESPONSABLE           | PLAZO DE EJECUCIÓN |
| Documentación: Continuar con la documentación requerida por el | Responsable del SGSST | 30 de abril 2024   |



|                                                                                                                                          |                          |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|
| sistema para implementación en el proyecto de Transmilenio                                                                               |                          |                  |
| Administración del personal y contratos Contar con afiliaciones, parafiscales y demás documentos requeridos para el ingreso del personal | Directora Administrativa | 30 abril de 2024 |
| Identificación de necesidades de obra. Identificar de manera oportuna las necesidades de la obra, para ser atendidas por el área SST     | Director de obra         | 30 abril de 2024 |

| ASISTENTES            |                                              |                                                                                     |
|-----------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE                | CARGO                                        | FIRMA                                                                               |
| Edgar Jesús Hernández | Director administrativo / Vigía de seguridad |  |
| Laura Duque           | Directora Administrativa                     |  |
| Guisella Navarrete    | Responsable SGSST                            |  |
|                       |                                              |                                                                                     |
|                       |                                              |                                                                                     |



SST-R-12

VERSION 1

FECHA:

08/03/2024

### REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA

COPASST

[illegible]

OBSERVACIONES GENERALES: capacitación Amycia

10 abr. 2024 5:37:14 p. m

69h36 Calle 74b

## Engativá

# Bogotá

## Portal Tunal

|                                                                                                                     |                        |  |         |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|---------|--------------|
|  <b>SOLUCIONES<br/>INTELIGENTE</b> | <b>ACTA DE REUNIÓN</b> |  | CÓDIGO  | FR-SG-SST-18 |
|                                                                                                                     |                        |  | VERSIÓN | 01           |
|                                                                                                                     |                        |  | FECHA   | DIC/2018     |
|                                                                                                                     |                        |  |         |              |

ACTA DE REUNIÓN DEL

### VIGÍA-SST

|                       |                     |            |
|-----------------------|---------------------|------------|
| Fecha: 12-04-24       | Lugar: Oficina      |            |
| Hora Inicial: 7:00 am | Hora Final: 8:00 am | Acta N° 03 |

| Agenda:                                       | ASISTENTES:      | CARGOS:      |
|-----------------------------------------------|------------------|--------------|
| 1. Revisión del acta anterior.                | Miguel Rodríguez | Ingeniero    |
| 2. Seguimiento acciones pendientes.           | Leidy Hernández  | Admón        |
| 3. Informe de accidentes ocurridos en el mes. | Jeison Calderón  | Técnico      |
| 4. Varios y acciones pendientes.              | Jhon Toledo      | Asx. Técnico |
| 5. Definición de fecha próxima reunión.       |                  |              |
| 6. Cierre de la reunión.                      |                  |              |
| 7. Firma del acta                             |                  |              |

### DESARROLLO DE LA AGENDA DEL COMITÉ

#### 1. REVISIÓN DEL ACTA ANTERIOR.

- Verificación del porte de Epps
- Inspección de Epps en el lugar de trabajo

#### 2. SEGUIMIENTO DE ACCIONES PENDIENTES.

- Capacitaciones pendientes
- Cambio de fecha de Informes.
- Toma de exámenes

#### 3. INFORME DE ACCIDENTES OCURRIDOS.

Cero "0" accidentes ocurridos.



|                                                                                                                      |                        |  |                |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|----------------|--------------|
|  <b>SOLUCIONES<br/>INTELIGENTES</b> | <b>ACTA DE REUNIÓN</b> |  | <b>CÓDIGO</b>  | PR-SG-SST-18 |
|                                                                                                                      |                        |  | <b>VERSIÓN</b> | 01           |
|                                                                                                                      |                        |  | <b>FECHA</b>   | DIC/2018     |
|                                                                                                                      |                        |  |                |              |

**4. VARIOS Y ACCIONES PENDIENTES.**

- Entrega de Informes del mes
- capacitaciones

**5. DEFINICIÓN DE FECHA DE LA PROXIMA REUNIÓN.**

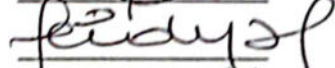
13/05/24

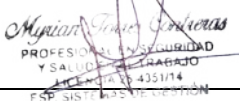
**6. CIERRE DE LA REUNIÓN.**

- Cambio de horario para reunión
- charla sobre SST. con todo el personal.

**7. FIRMA DEL ACTA**

En constancia firman,

| NOMBRE                  | CEDULA            | FIRMA                                                                                        |
|-------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Miguel Rodriguez</u> | <u>18009304</u>   | <u></u> |
| <u>Leidy Hernández</u>  | <u>63526037</u>   | <u></u> |
| <u>Jelson Calderon</u>  | <u>100721247</u>  | <u>Jelson Calderon</u>                                                                       |
| <u>Jhon Toledo</u>      | <u>1001210613</u> | <u>Jhon Toledo</u>                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                                                                                                                                           |                     | <b>CONTROL DE SESIONES DE CONSULTORÍA/ASESORÍA</b><br><b>COPASST</b>                                             |                                  |                                         |                    | <b>CONSECUTIVO:</b> |                                                            |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                            |                     | FR-GH001r04                                                                                                      |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
| <b>FECHA:</b>                                                                                                                                                                                                              | 11/04/2024          | <b>HORA INICIO:</b>                                                                                              | 08:30 am                         | <b>HORA FINALIZACIÓN</b>                | 10:30 am           |                     |                                                            |                                           |
| <b>DURACIÓN (Horas):</b>                                                                                                                                                                                                   |                     | 2                                                                                                                | <b>LUGAR (CIUDAD/DIRECCIÓN):</b> |                                         | Bogotá             |                     |                                                            |                                           |
| <b>NOMBRE CONSULTOR:</b>                                                                                                                                                                                                   |                     | Myriam Torres                                                                                                    |                                  | <b>NOMBRE QUIEN RECIBE CONSULTORÍA:</b> |                    | Electronika         |                                                            |                                           |
| <b>TIPO DE CONSULTOR</b>                                                                                                                                                                                                   | <b>DOCUMENTADOR</b> |                                                                                                                  | <b>JUNIOR</b>                    |                                         | <b>SENIOR</b>      |                     | <b>ESPECIALISTA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> | <b>MASTER</b><br><input type="checkbox"/> |
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                  |                                  | <b>DURACIÓN (Hrs.)</b>                  | <b>OBSERVACIÓN</b> |                     |                                                            |                                           |
| Se realiza revisión del plan anual de trabajo y así mismo de las capacitaciones e inspecciones establecidas en el cronograma para la ejecución de las mismas.                                                              |                     |                                                                                                                  |                                  | 2                                       |                    |                     |                                                            |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
| <b>RESULTADOS DE LA CONSULTORÍA/ASESORÍA</b>                                                                                                                                                                               |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
| DETERMINE SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA (SI) O NEGATIVA (NO) SEGÚN EL CASO.                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                  |                                  | SI                                      | NO                 | OBSERVACIÓN         |                                                            |                                           |
| 1. PUNTUALIDAD                                                                                                                                                                                                             |                     |                                                                                                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/>     |                    |                     |                                                            |                                           |
| 2. CAPACIDAD DE ANALIZAR Y ESCUCHAR LA SITUACIÓN                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/>     |                    |                     |                                                            |                                           |
| 3. CAPACIDAD DE PROPONER SOLUCIONES Y RESOLVER LOS PROBLEMAS                                                                                                                                                               |                     |                                                                                                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/>     |                    |                     |                                                            |                                           |
| 4. DEMUESTRA RESPETO POR LAS NORMAS DE LA EMPRESA Y POR LA CONSULTOR                                                                                                                                                       |                     |                                                                                                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/>     |                    |                     |                                                            |                                           |
| 5. SE CUMPLE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS                                                                                                                                                                                    |                     |                                                                                                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/>     |                    |                     |                                                            |                                           |
| 6. CALIFIQUE LA EFICACIA DE LA CONSULTORÍA (1 siendo mala y 5 excelente)                                                                                                                                                   |                     |                                                                                                                  |                                  | 5                                       |                    |                     |                                                            |                                           |
| <b>COMPROMISOS POR DESARROLLAR</b>                                                                                                                                                                                         |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
| <b>DESCRIPCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                         |                     | <b>FECHA COMPROMISO</b>                                                                                          | <b>CUMPLE (SI/No)</b>            | <b>OBSERVACIONES</b>                    |                    |                     |                                                            |                                           |
| Próxima sesión pendiente definir fecha para Mayo                                                                                                                                                                           |                     | 11/04/2024                                                                                                       |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
| <b>FIRMA DEL CONSULTOR</b><br>Myriam Torres<br><br>PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>N° 4351/14<br>POR SISTEMA HIPERION |                     | <b>FIRMA DEL CLIENTE</b><br> |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |
| <b>CAMPO EXCLUSIVO HIPERION</b>                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                  |                                  |                                         |                    |                     |                                                            |                                           |

|                                                                                   |                                                                                         |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|  | <b>ACTA DEL REUNION DE COMITÉ<br/>PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN<br/>EL TRABAJO.</b> | <b>CODIGO: FR-SST-35<br/>VERSION:01<br/>FECHA: 04/04/2024</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

## ACTA DE REUNION DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**Acta N°: 4**

**Fecha:** 15 de abril de 2024 **Hora inicial:** 10: 30 am **Hora Final:** 11:300 pm **Lugar de reunión:** Walgo SAS

### ASISTENTES REPRESENTANTES DEL EMPLEADOR:

| N° | NOMBRE       | CEDULA   | FIRMA                                                                               |
|----|--------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Audry Zurita | 52097805 |  |
| 2  |              |          |                                                                                     |

### ASISTENTES REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES:

| N° | NOMBRE       | CEDULA     | FIRMA                                                                                 |
|----|--------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Joel Mendoza | 1007210785 |  |
| 2  |              |            |                                                                                       |

### INVITADOS:

| N° | NOMBRE              | CEDULA     | FIRMA                                                                                 |
|----|---------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Carolina Castellano | 1143393821 |  |
| 2  |                     |            |                                                                                       |

|                                                                                   |                                                                                                               |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>ACTA DEL REUNION DE COMITÉ<br/>PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN<br/>EL TRABAJO.</b></p> | <p><b>CODIGO: FR-SST-35<br/>VERSION:01<br/>FECHA: 04/04/2024</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

## **1. ORDEN DEL DIA:**

2. Verificación de Quórum
3. Objetivo y temática de la reunión
4. Lectura y aprobación del acta anterior
5. Informe y seguimiento a compromisos definidos en la reunión anterior
6. Informes o correspondencia enviada y recibida.
7. Verificar que inspecciones se han realizado (Botiquín-EPPS-Maquinas-Extintores-Áreas Administrativas- Área Operativas, Maquinas, Áreas Comunes, Áreas de bodega, almacén y archivo).
8. Verificación de reporte de Actos y Condiciones inseguras.
9. Cierre de la reunión y proposición para la próxima reunión.

## **TEMAS PARA REVISAR Y TRATAR SEGÚN EL ORDEN DEL DIA.**

Se procede a realizar la lectura del acta anterior donde se verifica el cumplimiento de las actividades mencionadas en esta acta, se verifican las inspecciones se han realizado (Botiquín-EPPS-Maquinas-Extintores-Áreas Administrativas- Área Operativas, Maquinas, Áreas Comunes, Áreas de bodega, almacén y archivo).

Algunos requisitos identificados y ejecutados :

- Acciones de mejora se pueden tomar ubicación de la materia prima o aseguración de la misma
- Revisar demarcación y señalización de evacuación
- Socialización de plan de emergencias.
- Inspecciones
- Se culmina la reunión con fecha para la próxima de reunión 15 de mayo de 2024.

## **OTRAS OBSERVACIONES:**

- Se establece para la próxima reunión una jornada de orden y aseo, sensibilización del personal acerca de la importancia del autocuidado y prevención de riesgos.
- Se identifica que se deben realizar cambios en los botiquines, específicamente de Isodine, el cual presento vencimiento a marzo 2024.
- La señalización no presenta novedad hasta el momento
- Se realizará nueva convocatoria del comité para junio 2024 debido a que el personal que conformaba el comité ya no se encuentra en la compañía.
- Se ejecutará actualización del curso de 50 horas de SST.
- Se evidencia que se debe ejecutar medidas para prevenir actos y condiciones inseguras por parte del personal en obra, ya que han sido casos recurrentes reportados por Interventoría.

## **ANEXO No. 14 PERMISOS DE TRABAJO**

---



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CODIGO:</b> FT-PTA-055<br><b>VERSION:</b> 001-2017<br><b>FECHA DE VIGENCIA:</b> 19/12/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>PERMISO DE TRABAJO - EN ALTURAS</b><br><small>ESTE FORMATO SE SOLICITARA PREVIAMENTE A LA ACTIVIDAD EN COMPAÑIA DE LOS INVOLUCRADOS EN LA LABOR.</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>EN CASO DE SUSPENSIÓN DE LA ACTIVIDAD, EL PERMISO DEBERÁ SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UN NUEVO PT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>CLASIFICACIÓN DEL PT:</b> <input type="checkbox"/> POTENC. GRAVEDAD ALTA <input checked="" type="checkbox"/> POTENC. GRAVEDAD MEDIA <input type="checkbox"/> POTENC. GRAVEDAD BAJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>EMPRESA:</b> AH3 SAS<br><b>OBRA:</b> TRANSMILENIO SA<br><b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:</b> Cambio de rodamientos de eje principal motor ventilación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>ÁREA DE TRABAJO:</b> Museo Nacional<br><b>FECHA DE APERTURA:</b> 12/04/2024<br><b>FECHA DE CIERRE:</b> 19/04/2024<br><b>ALTIMETRIA DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:</b> 3 m                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>HORA DE APERTURA:</b> 11:00 PM<br><b>HORA DE CIERRE:</b> 04:00 AM                                  |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>TIPO DE TRABAJO:</b> RESTRICCIÓN <input type="checkbox"/> POSICIONAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> <b>TIPO DE DESPLAZAMIENTO:</b> VERTICAL <input checked="" type="checkbox"/> HORIZONTAL <input type="checkbox"/> <b>Nº DE PERSONAS:</b> 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS</b><br><input type="checkbox"/> Instalación de Ductos<br><input type="checkbox"/> Mantenimiento Preventivo<br><input type="checkbox"/> Mantenimiento Correctivo<br><input type="checkbox"/> Instalación de Equipos<br><input type="checkbox"/> Automatización<br><input type="checkbox"/> Izaje de material<br><input type="checkbox"/> Instalación de Tuberías<br><input type="checkbox"/> Anclaje de Equipos<br><input type="checkbox"/> Soportaria<br><input type="checkbox"/> Otros Servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Usar casco de seguridad<br><input checked="" type="checkbox"/> Usar gafas de seguridad con elástico<br><input checked="" type="checkbox"/> Usar protector auditivo<br><input checked="" type="checkbox"/> Usar Guantes<br><input checked="" type="checkbox"/> Usar calzado de seguridad<br><input checked="" type="checkbox"/> Usar protección respiratoria<br><input checked="" type="checkbox"/> Portar señal 3 niveles<br><input checked="" type="checkbox"/> Otros: Culi?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>ANÁLISIS PRELIMINAR DE RIESGOS</b><br><input type="checkbox"/> Presencia de líquidos inflamables<br><input type="checkbox"/> Presencia de Humos Metálicos o Polvos<br><input type="checkbox"/> Presencia de Productos asfálticos / Irritantes<br><input type="checkbox"/> Presencia de sustancias químicas<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de choque eléctrico<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de choque mecánico<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de caída de objetos<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de caída de diferentes niveles<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de derrame<br><input type="checkbox"/> Ambiente poco iluminado<br><input type="checkbox"/> Ambiente con frecuente movimiento de torre grúa<br><input type="checkbox"/> Generación de Residuos<br><input type="checkbox"/> Otros Riesgos: | <b>PUNTOS DE ANCLAJE</b><br><input type="checkbox"/> si se va a trabajar a suspensión Cumplen con la resistencia de 5000 Lb o<br><input type="checkbox"/> Los pios de anclaje móviles están instalados dentro de una estructura firme y<br><input type="checkbox"/> Mantener Línea de Vida instalada en el Lugar<br><input type="checkbox"/> Evaluar las líneas de vida en tejados y calcular No. de personas por línea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>VISUALIZAR PUNTES DE ENERGÍA</b><br><input type="checkbox"/> Energía de movimiento Lugar:<br><input type="checkbox"/> Productos químicos Lugar:<br><input type="checkbox"/> Energía Eléctrica Lugar:<br><input type="checkbox"/> Presión Hidráulica Lugar:<br><input type="checkbox"/> Otros Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>SISTEMAS PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Usar Arnes de seguridad con eslingas<br><input checked="" type="checkbox"/> Verificar Inspección Pre-uso de equipos de alturas, arnes y eslingas<br><input checked="" type="checkbox"/> Usar malla de protección contra caída de personas y/o materiales<br><input checked="" type="checkbox"/> Utilizar anclamiento adecuado y seguro<br><input checked="" type="checkbox"/> Usar sistema anticaída montado en el acceso<br><input checked="" type="checkbox"/> Instalar acceso adecuado y seguro.<br><small>Las eslingas a utilizar deben de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita, se encuentran en perfecto estado y poseen las banderas de mantenimiento</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>REQUISITOS TRABAJADOR(ES)</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Trabajadores con los exámenes médicos ocupacionales aprobados.<br><input checked="" type="checkbox"/> Ejecutantes están certificados para trabajos en altura<br><input checked="" type="checkbox"/> Los trabajadores tienen su seguridad social vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA LABOR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Realizar reunión de seguridad al inicio del turno<br><input checked="" type="checkbox"/> Mantener extintor multipropósito en las proximidades del Lugar<br><input checked="" type="checkbox"/> Mantener camilla de Emergencia para accidentes<br><input checked="" type="checkbox"/> Evaluar necesidades de un observador/vigía<br><input checked="" type="checkbox"/> Verificar bloques, etiquetado y medición<br><input checked="" type="checkbox"/> Mantener Señalizada el área debajo del lugar de trabajo<br><input checked="" type="checkbox"/> Mantener señalada el área debajo del lugar de trabajo<br><input checked="" type="checkbox"/> Definir acondicionamiento y destino adecuado de RCD generados en el servicio<br><input checked="" type="checkbox"/> Instalar iluminación complementaria o de emergencia (12 V)<br><input checked="" type="checkbox"/> Equipos de movimiento de carga (grúas, carretillas, etc.) señalizados y demarcados (que actúan en las proximidades)<br><input checked="" type="checkbox"/> Usar herramientas con dispositivos anti caídas<br><input checked="" type="checkbox"/> Evaluar interferencia o lugar energizado o con tránsito de personas<br><input checked="" type="checkbox"/> Instalar sistema para izaje de materiales<br><input checked="" type="checkbox"/> Garantizar la comunicación vía radio o telefónica<br><input checked="" type="checkbox"/> Otras medidas: |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:</b> REGISTRO DE CAPACITACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> <b>PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD</b> <input type="checkbox"/> ARO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA EJECUTAR LA LABOR:</b> Herramienta de Mano, Extractor de rodamientos  |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS:</b><br>Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y después de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>RESPONSABLES</b><br>SOLICITANTE<br>AVALO (RESPONSABLE HSEQ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>NOMBRE</b><br>Luis Gomez<br>Pablo Higuera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>FIRMA</b><br><br>                                                                                  | <b>FECHA INICIO</b><br>12 de abril de 2024 | <b>VALIDO DESDE</b><br>11:00 p. m.                  | <b>OBSERVACION</b><br>El permiso se podrá revalidar diariamente siempre y cuando ninguna de las condiciones evaluadas inicialmente sufran cambios. Tendrá validez de 1 semana a partir de iniciada la actividad. |
| <b>CAMPO PARA LA REVALIDACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>FECHA</b><br>LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12/04/24 13/04/24<br>                                                                                 |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>INSPECCIÓN FINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>CONCLUIDO/VERIFICADO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>ÁREA LIMPIA Y ORGANIZADA</b><br><input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI |                                            | <b>VISTO BUENO SOLICITANTE</b><br>FECHA: 12/04/2024 |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>VISTO BUENO SUPERVISOR HSEQ</b><br>FECHA: 12/04/2024                                               |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| Convención: S: CUMPLE N: NO CUMPLE N/A: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                            |                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |



| <b>CODIGO:</b> FT-PTA-055<br><b>VERSION:</b> 001-2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      | <b>PERMISO DE TRABAJO - EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>FECHA DE VIGENCIA:</b> 19/12/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      | ESTE FORMATO SE DILIGENCIARA PREVIAMENTE A LA ACTIVIDAD EN COMPAÑIA DE LOS INVOLUCRADOS EN LA LABOR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>EN CASO DE SUSPENSIÓN DE LA ACTIVIDAD, EL PERMISO DEBERÁ SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UN NUEVO PT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>CLASIFICACION DEL PT:</b> POTENC. GRAVEDAD <b>ALTA</b> <input checked="" type="checkbox"/> POTENC. GRAVEDAD <b>MEDIA</b> <input checked="" type="checkbox"/> POTENC. GRAVEDAD <b>BAJA</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>EMPRESA:</b> AH3 SAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>OBRA:</b> TRANSMILENIO SA                                                                                                                                                                         | <b>AREA DE TRABAJO:</b> Patio de la hoja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>FECHA DE APERTURA:</b> 01/04/2024                           | <b>HORA DE APERTURA:</b> 08:00 AM                                                              |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:</b> Mantenimiento preventivo al sistema de ventilación y extracción mecánica, rejillas y variadores de frecuencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>FECHA DE CIERRE:</b> 08/04/2024                             | <b>HORA DE CIERRE:</b> 05:00 PM                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>ALTURA APROX DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:</b> 3 m         |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>TIPO DE TRABAJO:</b> RESTRICCION <input type="checkbox"/> POSICIONAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      | <b>TIPO DE DESPLAZAMIENTO:</b> VERTICAL <input checked="" type="checkbox"/> HORIZONTAL <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                | <b>Nº DE PERSONAS:</b> 1                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Instalación de Ductos</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Mantenimiento Preventivo</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Mantenimiento Correctivo</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Instalación de Equipos</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Automatización</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Isaje de material</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Instalación de Tuberias</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Anclaje de Equipos</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Soporterías</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Otros Servicios</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Instalación de Ductos                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | Mantenimiento Preventivo                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Mantenimiento Correctivo                            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                  | Instalación de Equipos                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | Automatización                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Isaje de material                                | <input checked="" type="checkbox"/> | Instalación de Tuberias                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Anclaje de Equipos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Soporterías                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Otros Servicios                     | <b>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar casco de seguridad</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar gafas de seguridad con elástico</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar protector auditivo</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar Guantes</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar calzado de seguridad</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar cinturón de seguridad</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Reservación 3 minutos</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Otros: Cuello</td></tr> </table> |                                     |                                                                |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>            | Usar casco de seguridad             | <input checked="" type="checkbox"/>        | Usar gafas de seguridad con elástico | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Usar protector auditivo             | <input checked="" type="checkbox"/>                     | Usar Guantes                        | <input checked="" type="checkbox"/>                  | Usar calzado de seguridad                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                          | Usar cinturón de seguridad                                                   | <input checked="" type="checkbox"/>                        | Reservación 3 minutos                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                  | Otros: Cuello                                                              |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Instalación de Ductos                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mantenimiento Preventivo                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mantenimiento Correctivo                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Instalación de Equipos                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Automatización                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Isaje de material                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Instalación de Tuberias                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Anclaje de Equipos                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Soporterías                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Otros Servicios                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar casco de seguridad                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar gafas de seguridad con elástico                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar protector auditivo                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar Guantes                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar calzado de seguridad                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar cinturón de seguridad                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Reservación 3 minutos                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Otros: Cuello                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>ANÁLISIS PRELIMINAR DE RIESGOS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Presencia de líquidos inflamables</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Presencia de Humos Metálicos o Polvos</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Presencia de Productos asfálticos / irritantes</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Presencia de sustancias químicas</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ambiente con riesgo de choque eléctrico</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ambiente con riesgo de choque mecánico</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ambiente con riesgo de caída de objetos</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ambiente con riesgo de caída de diferentes niveles</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ambiente con riesgo de derrame</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ambiente poco iluminado</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ambiente con frecuente movimiento de torre grúas</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Generación de Residuos</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Otros Riesgos:</td></tr> </table> |                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Presencia de líquidos inflamables                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | Presencia de Humos Metálicos o Polvos                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | Presencia de Productos asfálticos / irritantes      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                  | Presencia de sustancias químicas                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | Ambiente con riesgo de choque eléctrico                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Ambiente con riesgo de choque mecánico           | <input checked="" type="checkbox"/> | Ambiente con riesgo de caída de objetos     | <input checked="" type="checkbox"/> | Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | Ambiente con riesgo de caída de diferentes niveles                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Ambiente con riesgo de derrame      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ambiente poco iluminado             | <input checked="" type="checkbox"/>                            | Ambiente con frecuente movimiento de torre grúas | <input checked="" type="checkbox"/>            | Generación de Residuos              | <input checked="" type="checkbox"/>        | Otros Riesgos:                       | <b>PUNTOS DE ANCLAJE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>si se va a trabajar a suspensión Cumplen con la resistencia de 5000 Lb o</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Los pto de anclaje móviles están instalados dentro de una estructura firme y</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Mantener Líneas de Vida Instalada en el Lugar</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Evaluar las líneas de vida en tejados y calcular No. de personas por línea</td></tr> </table> |                                     |                                                         |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                  | si se va a trabajar a suspensión Cumplen con la resistencia de 5000 Lb o | <input checked="" type="checkbox"/>                                          | Los pto de anclaje móviles están instalados dentro de una estructura firme y | <input checked="" type="checkbox"/>                        | Mantener Líneas de Vida Instalada en el Lugar | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                  | Evaluar las líneas de vida en tejados y calcular No. de personas por línea |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Presencia de líquidos inflamables                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Presencia de Humos Metálicos o Polvos                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Presencia de Productos asfálticos / irritantes                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Presencia de sustancias químicas                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambiente con riesgo de choque eléctrico                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambiente con riesgo de choque mecánico                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambiente con riesgo de caída de objetos                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambiente con riesgo de caída de diferentes niveles                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambiente con riesgo de derrame                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambiente poco iluminado                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambiente con frecuente movimiento de torre grúas                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Generación de Residuos                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Otros Riesgos:                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | si se va a trabajar a suspensión Cumplen con la resistencia de 5000 Lb o                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Los pto de anclaje móviles están instalados dentro de una estructura firme y                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mantener Líneas de Vida Instalada en el Lugar                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Evaluar las líneas de vida en tejados y calcular No. de personas por línea                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      | <b>SISTEMAS PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar Arnés de seguridad con eslinga</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Verificar Inspección Pre-uso de equipos de alturas, arnes y eslinga</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar malla de protección contra caída de personas y/o materiales</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Utilizar arnés de seguridad y arnés de seguridad</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar sistema anticaída montado en el acceso</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Instalar acceso adecuado y seguro</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Las escaleras o utilizar están de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita, se encuentran en perfecto estado y poseen las barandas correspondientes</td></tr> </table> |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | Usar Arnés de seguridad con eslinga                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                  | Verificar Inspección Pre-uso de equipos de alturas, arnes y eslinga | <input checked="" type="checkbox"/> | Usar malla de protección contra caída de personas y/o materiales | <input checked="" type="checkbox"/> | Utilizar arnés de seguridad y arnés de seguridad | <input checked="" type="checkbox"/> | Usar sistema anticaída montado en el acceso | <input checked="" type="checkbox"/> | Instalar acceso adecuado y seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | Las escaleras o utilizar están de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita, se encuentran en perfecto estado y poseen las barandas correspondientes |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar Arnés de seguridad con eslinga                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Verificar Inspección Pre-uso de equipos de alturas, arnes y eslinga                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar malla de protección contra caída de personas y/o materiales                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Utilizar arnés de seguridad y arnés de seguridad                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar sistema anticaída montado en el acceso                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Instalar acceso adecuado y seguro                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Las escaleras o utilizar están de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita, se encuentran en perfecto estado y poseen las barandas correspondientes |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>VISUALIZAR FUENTES DE ENERGÍA</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Energía de movimiento</td><td>Lugar:</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Productos químicos</td><td>Lugar:</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Energía Eléctrica</td><td>Lugar:</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Presión Hidráulica</td><td>Lugar:</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Otros</td><td>Lugar:</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Energía de movimiento                                          | Lugar:                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                        | Productos químicos                  | Lugar:                                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                  | Energía Eléctrica                                                   | Lugar:                              | <input checked="" type="checkbox"/>                              | Presión Hidráulica                  | Lugar:                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | Otros                                       | Lugar:                              | <b>MEASURAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA LABOR</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Realizar reunión de seguridad al inicio del turno</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Mantener extintor multipropósito en las proximidades del Lugar</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Mantener camilla de Emergencia para accidentes</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Evaluar necesidades de un observador/vigía</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Verificar bloqueos, etiquetado y medición</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Mantener Señalizada el área debajo del lugar de trabajo</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Mantener aislada el área debajo del lugar de trabajo</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Definir acondicionamiento y destino adecuado de RCD generados en el servicio</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Instalar iluminación complementaria o de emergencia (12 V)</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Equipos de movimiento de carga bloqueados, señalizados y demarcados (que actúan en las proximidades)</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Usar herramientas con dispositivos anti caídas</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Evaluar interferencia o lugar energizado o con tránsito de personas</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Instalar sistema para izaje de materiales</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Garantizar la comunicación vía radio o telefónica</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Otras medidas:</td></tr> </table> |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Realizar reunión de seguridad al inicio del turno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | Mantener extintor multipropósito en las proximidades del Lugar | <input checked="" type="checkbox"/>              | Mantener camilla de Emergencia para accidentes | <input checked="" type="checkbox"/> | Evaluar necesidades de un observador/vigía | <input checked="" type="checkbox"/>  | Verificar bloqueos, etiquetado y medición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Mantener Señalizada el área debajo del lugar de trabajo | <input checked="" type="checkbox"/> | Mantener aislada el área debajo del lugar de trabajo | <input checked="" type="checkbox"/>                                      | Definir acondicionamiento y destino adecuado de RCD generados en el servicio | <input checked="" type="checkbox"/>                                          | Instalar iluminación complementaria o de emergencia (12 V) | <input checked="" type="checkbox"/>           | Equipos de movimiento de carga bloqueados, señalizados y demarcados (que actúan en las proximidades) | <input checked="" type="checkbox"/>                                        | Usar herramientas con dispositivos anti caídas | <input checked="" type="checkbox"/> | Evaluar interferencia o lugar energizado o con tránsito de personas | <input checked="" type="checkbox"/> | Instalar sistema para izaje de materiales | <input checked="" type="checkbox"/> | Garantizar la comunicación vía radio o telefónica | <input checked="" type="checkbox"/> | Otras medidas: |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Energía de movimiento                                                                                                                                                                                | Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Productos químicos                                                                                                                                                                                   | Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Energía Eléctrica                                                                                                                                                                                    | Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Presión Hidráulica                                                                                                                                                                                   | Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Otros                                                                                                                                                                                                | Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Realizar reunión de seguridad al inicio del turno                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mantener extintor multipropósito en las proximidades del Lugar                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mantener camilla de Emergencia para accidentes                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Evaluar necesidades de un observador/vigía                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Verificar bloqueos, etiquetado y medición                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mantener Señalizada el área debajo del lugar de trabajo                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mantener aislada el área debajo del lugar de trabajo                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Definir acondicionamiento y destino adecuado de RCD generados en el servicio                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Instalar iluminación complementaria o de emergencia (12 V)                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Equipos de movimiento de carga bloqueados, señalizados y demarcados (que actúan en las proximidades)                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usar herramientas con dispositivos anti caídas                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Evaluar interferencia o lugar energizado o con tránsito de personas                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Instalar sistema para izaje de materiales                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Garantizar la comunicación vía radio o telefónica                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Otras medidas:                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>REQUISITOS TRABAJADOR(ES)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Trabajadores con los exámenes médicos ocupacionales aprobados.</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ejecutantes están certificados para trabajos en altura</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Los trabajadores tienen su seguridad social vigente</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Trabajadores con los exámenes médicos ocupacionales aprobados. | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | Ejecutantes están certificados para trabajos en altura                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Los trabajadores tienen su seguridad social vigente | <b>HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA EJECUTAR LA LABOR:</b> Hidrolavadora, Sopladora, Herramienta de Mano |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Trabajadores con los exámenes médicos ocupacionales aprobados.                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ejecutantes están certificados para trabajos en altura                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Los trabajadores tienen su seguridad social vigente                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:</b> REGISTRO DE CAPACITACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA EJECUTAR LA LABOR: Hidrolavadora, Sopladora, Herramienta de Mano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      | ATS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> ARO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS:</b><br>Declaro que soy conciente de mi responsabilidad y después de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>RESPONSABLES</th> <th>NOMBRE</th> <th>FIRMA</th> <th>FECHA INICIO</th> <th>VALIDO DESDE</th> <th>OBSERVACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOLICITANTE</td> <td>Duvan Bedoya</td> <td><i>Duvan B</i></td> <td rowspan="2">01 de abril de 2024</td> <td rowspan="2">8:00 a. m.</td> <td rowspan="2">El permiso se podrá revalidar diariamente siempre y cuando ninguna de las condiciones evaluadas inicialmente sufran cambios. Tendrá validez de 1 semana a partir de iniciada la actividad.</td> </tr> <tr> <td>AVALO (RESPONSABLE HSEQ)</td> <td>Luis Gomez</td> <td><i>LMZ</i></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            | RESPONSABLES                        | NOMBRE                                              | FIRMA                                                                                                | FECHA INICIO                                                        | VALIDO DESDE                        | OBSERVACION                                                      | SOLICITANTE                         | Duvan Bedoya                                     | <i>Duvan B</i>                      | 01 de abril de 2024                         | 8:00 a. m.                          | El permiso se podrá revalidar diariamente siempre y cuando ninguna de las condiciones evaluadas inicialmente sufran cambios. Tendrá validez de 1 semana a partir de iniciada la actividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AVALO (RESPONSABLE HSEQ)            | Luis Gomez                                                                                                                                                                                           | <i>LMZ</i>                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| RESPONSABLES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NOMBRE                                                                                                                                                                                               | FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FECHA INICIO                                                   | VALIDO DESDE                                                                                   | OBSERVACION                                                                                                                                                                                |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Duvan Bedoya                                                                                                                                                                                         | <i>Duvan B</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 01 de abril de 2024                                            | 8:00 a. m.                                                                                     | El permiso se podrá revalidar diariamente siempre y cuando ninguna de las condiciones evaluadas inicialmente sufran cambios. Tendrá validez de 1 semana a partir de iniciada la actividad. |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| AVALO (RESPONSABLE HSEQ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Luis Gomez                                                                                                                                                                                           | <i>LMZ</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>CAMPO PARA LA REVALIDACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>LUNES</th> <th>MARTES</th> <th>MIÉRCOLES</th> <th>JUEVES</th> <th>VIERNES</th> <th>SABADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FIRMA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            | FECHA                               | LUNES                                               | MARTES                                                                                               | MIÉRCOLES                                                           | JUEVES                              | VIERNES                                                          | SABADO                              | FIRMA                                            |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      | DIA                                 |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | LUNES                                                                                                                                                                                                | MARTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MIÉRCOLES                                                      | JUEVES                                                                                         | VIERNES                                                                                                                                                                                    | SABADO                              |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| <b>INSPECCIÓN FINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| CONCLUIDO/VERIFICADO <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      | AREA LIMPIA Y ORGANIZADA <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                | VISTO BUENO SOLICITANTE <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI     |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                | VISTO BUENO SUPERVISOR HSEQ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                | FECHA: 1/04/2024                                                                               |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                | FECHA: 1/04/2024                                                                               |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |
| Convención: S: CUMPLE N: NO CUMPLE N/A: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                     |                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                                                  |                                     |                                                  |                                     |                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                |                                                  |                                                |                                     |                                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                         |                                     |                                                      |                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                            |                                               |                                                                                                      |                                                                            |                                                |                                     |                                                                     |                                     |                                           |                                     |                                                   |                                     |                |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CODIGO:</b> FT-PTA-055<br><b>VERSION:</b> 001-2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>PERMISO DE TRABAJO - EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>FECHA DE VIGENCIA:</b> 19/12/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| ESTE FORMATO SE DILIGENCIARA PREVIAMENTE A LA ACTIVIDAD EN COMPANIA DE LOS INVOLUCRADOS EN LA LABOR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>EN CASO DE SUSPENSIÓN DE LA ACTIVIDAD, EL PERMISO DEBERÁ SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UN NUEVO PT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>CLASIFICACION DEL PT:</b> POTENC. GRAVEDAD ALTA <input checked="" type="checkbox"/> POTENC. GRAVEDAD MEDIA <input type="checkbox"/> POTENC. GRAVEDAD BAJA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>EMPRESA:</b> AH3 SAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>OBRA:</b> TRANSMILENIO SA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>AREA DE TRABAJO:</b> Museo Nacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>FECHA DE APERTURA:</b> 26/03/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>HORA DE APERTURA:</b> 11:00 PM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>FECHA DE CIERRE:</b> 02/04/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>HORA DE CIERRE:</b> 04:00 AM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:</b> Mantenimiento preventivo al sistema de ventilación y extracción mecánica, rejillas, variadores de frecuencia y aire acondicionado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>ALTURA APROX DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:</b> 3 m                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>TIPO DE TRABAJO:</b> RESTRICCION <input type="checkbox"/> POSICIONAMIENTO <input type="checkbox"/> TIPO DE DESPLAZAMIENTO: VERTICAL <input checked="" type="checkbox"/> HORIZONTAL <input type="checkbox"/> N° DE PERSONAS: 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS</b><br><input type="checkbox"/> Instalación de Ductos<br><input type="checkbox"/> Mantenimiento Preventivo<br><input type="checkbox"/> Mantenimiento Correctivo<br><input type="checkbox"/> Instalación de Equipos<br><input type="checkbox"/> Automatización<br><input type="checkbox"/> Izaje de material<br><input type="checkbox"/> Instalación de Tuberías<br><input type="checkbox"/> Anclaje de Equipos<br><input type="checkbox"/> Soporteria<br><input type="checkbox"/> Otros Servicios:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b><br><input type="checkbox"/> Usar casco de seguridad<br><input type="checkbox"/> Usar gafas de seguridad con elástico<br><input type="checkbox"/> Usar protector auditivo<br><input type="checkbox"/> Usar Guantes<br><input type="checkbox"/> Usar calzado de seguridad<br><input type="checkbox"/> Usar ropa protectora<br><input type="checkbox"/> Barbicena 3 puntos<br><input type="checkbox"/> Otros: Cui?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>PUNTOS DE ANCLAJE</b><br><input type="checkbox"/> Si se va a trabajar a suspensión Cumplen con la resistencia de 5000 Lb o<br><input type="checkbox"/> Los pto. de anclaje móviles están instalados dentro de una estructura firme y<br><input type="checkbox"/> Mantener Líneas de Vida instalada en el Lugar<br><input type="checkbox"/> Evaluar las líneas de vida en tejados y calcular No. de personas por línea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>ANÁLISIS PRELIMINAR DE RIESGOS</b><br><input type="checkbox"/> Presencia de líquidos inflamables<br><input type="checkbox"/> Presencia de Humos Metálicos o Polvos<br><input type="checkbox"/> Presencia de Productos asfálticos / Irritantes<br><input type="checkbox"/> Presencia de sustancias químicas<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de choque eléctrico<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de choque mecánico<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de caída de objetos<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de caída de diferentes niveles<br><input type="checkbox"/> Ambiente con riesgo de derrame<br><input type="checkbox"/> Ambiente poco iluminado<br><input type="checkbox"/> Ambiente con frecuente movimiento de torre grúas<br><input type="checkbox"/> Generación de Residuos<br><input type="checkbox"/> Otros Riesgos: | <b>SISTEMAS PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS</b><br><input type="checkbox"/> Usar Arnés de seguridad con eslinga<br><input type="checkbox"/> Verificar inspección Pre-uso de equipos de alturas, arnes y eslinga<br><input type="checkbox"/> Usar malla de protección contra caída de personas y/o materiales<br><input type="checkbox"/> Utilizar andamios, arandelas y arandelas hain rhaik Jet<br><input type="checkbox"/> Usar sistema anticaída montado en el acceso<br><input type="checkbox"/> Instalar acceso adecuado y seguro<br><input type="checkbox"/> Las escaleras a utilizar están de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se requiere, se encuentran en perfecto estado y poseen las barandas según anterior | <b>MEASURAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA LABOR</b><br><input type="checkbox"/> Realizar reunión de seguridad al inicio del turno<br><input type="checkbox"/> Mantener extintor multipropósito en las proximidades del Lugar<br><input type="checkbox"/> Mantener camilla de Emergencia para accidentes<br><input type="checkbox"/> Evaluar necesidades de un observador/vigía<br><input type="checkbox"/> Verificar bloques, etiquetado y medición<br><input type="checkbox"/> Mantener Señalizada el área debajo del lugar de trabajo<br><input type="checkbox"/> Mantener aislada el área debajo del lugar de trabajo<br><input type="checkbox"/> Definir acondicionamiento y destino adecuado de RCD generados en el servicio<br><input type="checkbox"/> Instalar iluminación complementaria o de emergencia (12 V)<br><input type="checkbox"/> Equip. de movimiento de carga bloqueados, señalizados y demarcados (que actúan en las proximidades)<br><input type="checkbox"/> Usar herramientas con dispositivos anti caídas<br><input type="checkbox"/> Evaluar interferencia al lugar energizado o con tránsito de personas<br><input type="checkbox"/> Instalar sistema para izaje de materiales<br><input type="checkbox"/> Garantizar la comunicación vía radio o telefónica<br><input type="checkbox"/> Otras medidas: |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>VISUALIZAR FUENTES DE ENERGIA</b><br><input type="checkbox"/> Energía de movimiento Lugar:<br><input type="checkbox"/> Productos químicos Lugar:<br><input type="checkbox"/> Energía Eléctrica Lugar:<br><input type="checkbox"/> Presión Hidráulica Lugar:<br><input type="checkbox"/> Otros Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>REQUISITOS TRABAJADORES</b><br><input type="checkbox"/> Trabajadores con los exámenes médicos ocupacionales aprobados.<br><input type="checkbox"/> Ejecutantes están certificados para trabajos en altura<br><input type="checkbox"/> Los trabajadores tienen su seguridad social vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:</b> REGISTRO DE CAPACITACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA EJECUTAR LA LABOR: Hidrolavadora, Sopladora, Herramienta de Mano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>ATS</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD</b> <input type="checkbox"/> <b>ARO</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>OTRO</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS:</b><br>Declaro que soy conciente de mi responsabilidad y después de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>RESPONSABLES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>NOMBRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>FIRMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>FECHA INICIO</b>                | <b>VALIDO DESDE</b> | <b>OBSERVACION</b>                                                                                                                                                                         |
| <b>SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Pablo Higuera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 26 de marzo de 2024                | 11:00 p. m.         | El permiso se podrá revalidar diariamente siempre y cuando ninguna de las condiciones evaluadas inicialmente sufran cambios. Tendrá validez de 1 semana a partir de iniciada la actividad. |
| <b>AVALO (RESPONSABLE HSEQ)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Juan Higuera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>CAMPO PARA LA REVALIDACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>FECHA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>FIRMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>DIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LUNES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MARTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MIERCOLES                          | JUEVES              | VIERNES                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     | SABADO                                                                                                                                                                                     |
| <b>INSPECCIÓN FINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <b>CONCLUIDO/VERIFICADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>AREA LIMPIA Y ORGANIZADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>VISTO BUENO SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>VISTO BUENO SUPERVISOR HSEQ</b> |                     |                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> NO<br><input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> NO<br><input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>FECHA:</b> 26/03/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>FECHA:</b> 26/03/2024           |                     |                                                                                                                                                                                            |
| Convención: S: CUMPLE N: NO CUMPLE N/A: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                     |                                                                                                                                                                                            |



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

**DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO**

PROYECTO: Portal Sur FECHA DEL TRABAJO: 19-03-2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 3 mts

**PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES**

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO     | COORDINADOR | AUTORIZADO | AYUDANTE | FIRMA           |
|-----------------|----------------|-----------|-------------|------------|----------|-----------------|
| Andrés Ortega   | 79658588       | Tec. Alto | X           |            |          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | 3615406        | Doc. Alto |             | X          |          | Carlos Chirinos |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

**HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR**

Mantenimiento  
Preventivo  
Motobombas

Andrés  
Línea de Vida  
Herramientas  
Medidor de Gases

**SISTEMAS A UTILIZAR**

Andamio ☐ Escalera ☒ Grúa con canasta ☐  
Otros (¿Cuáles?) \_\_\_\_\_ Tipo de andamio: \_\_\_\_\_

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)**

|                          |   |                                    |   |                                  |   |
|--------------------------|---|------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | X | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS |   | KIT DE RESCATE                   |   |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | X | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         |   | AUTORRETRACTIL                   |   |
| GUANTES                  | X | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     |   | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN |   |
| PROTECCION AUDITIVA      | X | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         |   | ANDAMIOS                         |   |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | X | LINEA DE VIDA PORTATIL             | X | ESCALERA EXTENSIBLE              |   |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | X | PRETALES                           |   | ESCALERA TIJERA                  | X |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | X | DESCENDEDORES                      |   | OTRO(S):                         |   |

**PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)**

|                                                                                                                                                                                                                | SI | NO | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | X  |    |    |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  | X  |    |    |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          | X  |    |    |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | X  |    |    |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | X  |    |    |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | X  |    |    |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | X  |    |    |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              | X  |    |    |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | X  |    |    |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriostra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    |    |    | X  |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

|                                                                                                                                                        |   |  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|
| El andamio cuenta con seguros en las ruedas, y se encuentran en buen estado                                                                            |   |  | X |
| Los peldaños de las escaleras se encuentran en óptimas condiciones                                                                                     | X |  |   |
| Se ha dejado la distancia de seguridad para recargar la escalera contra los muros                                                                      | X |  |   |
| Los Sistemas de descenso, son adecuados y se cuenta con anclajes seguros para realizar la maniobra                                                     | X |  |   |
| Se han revisado los accesos del área de trabajo y requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia                                      | X |  |   |
| Los trabajadores conocen e identifican los peligros relacionados con la actividad                                                                      | X |  |   |
| El clima es adecuado para realizar las labores en altura, y los trabajadores tienen claro que en mal tiempo climático, deben suspender las actividades | X |  |   |
| El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                               | X |  |   |
| Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados                         | X |  |   |
| En caso de trabajar en espacios confinados o en caliente, se realizan acciones preventivas incluyendo los permisos requeridos                          | X |  |   |
| Se ha realizado el análisis de trabajo segura para la actividad, y se ha divulgado a todos los que participan                                          | X |  |   |

OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A USAR | DESCRIPCION DEL TRABAJO |
| Línea de vida                 | Montaje de andamio      |
| Andamio                       | Trabajo en altura       |
| Escalera                      | Trabajo en altura       |

Andrés Ortega

NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS

Andrés Ortega

FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS

| PREPARACIÓN DEL ÁREA (MARQUE CON X)                                                                                                                                                                  |   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| SE HA REALIZADO VERIFICACIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO (CINTA, CONOS, SEÑALES INFORMATIVAS O DE PELIGRO) DE TAL MANERA QUE SE AISLE LA ZONA Y NO PERMITA EL PASO DE PERSONAS O VEHÍCULOS AJENOS A LA LABOR | X |  |
| EL TRABAJO EN ALTURAS, MÍNIMO LO VAN A REALIZAR DOS TRABAJADORES O EJECUTORES                                                                                                                        | X |  |
| LOS TRABAJADORES ESTÁN CERTIFICADOS EN ALTURAS Y SE ENCUENTRA VIGENTE                                                                                                                                | X |  |
| LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES                                                                                                                          | X |  |
| LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES                                                                                                                             | X |  |
| LOS EQUIPOS CUMPLEN CON LAS CERTIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS Y FUERON OBJETO DE INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL                                                                                        | X |  |
| LA SUPERFICIE DE TRABAJO ES SÓLIDA, ESTABLE, NIVELADA (NO MAYOR A 3 GRADOS DE INCLINACIÓN) Y SOPORTA EL PESO MUESTRO Y VIVO DEL MONTAJE                                                              | X |  |
| SE IDENTIFICÓ ALGUNAS SUSTANCIAS O ELEMENTOS EN LAS SUPERFICIES DE TRABAJO, QUE GENEREN DESLIZAMIENTOS EN LAS SUPERFICIES DE TRABAJO                                                                 | X |  |
| SE CUENTA CON MECANISMOS QUE AYUDEN A ASEGURAR LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO, PARA EVITAR QUE SE CAIGAN                                                                                                | X |  |
| EL MONTAJE DEL ANDAMIO CUMPLE CON EL CONCEPTO DE BAJA ESTABILIDAD Y/O SE ANCLASTA A ESTRUCTURA INDEPENDIENTE CUANDO APLICA                                                                           | X |  |



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

**DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO**

PROYECTO: Portal Tonal FECHA DEL TRABAJO: 20-03-2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 5mts

**PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES**

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO    | COORDINADOR | AUTORIZADO | AYUDANTE | FIRMA           |
|-----------------|----------------|----------|-------------|------------|----------|-----------------|
| Andrés Ortega   | 79658588       | Tec. Mto | X           |            |          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | PPT 5615406    | Aux Mto  |             | X          |          | Carlos Chirinos |
|                 |                |          |             |            |          |                 |
|                 |                |          |             |            |          |                 |
|                 |                |          |             |            |          |                 |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

Mantenimiento  
Preventivo  
Rotobombas

**HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR**

Arnes  
Linea de Vida  
Herramientas  
Medidor de Gases

**SISTEMAS A UTILIZAR**

Andamio ☐ Escalera ☒ Grúa con canasta ☐  
Otros (¿Cuáles?) \_\_\_\_\_ Tipo de andamio: \_\_\_\_\_

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)**

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | KIT DE RESCATE                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ANDAMIOS                         | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/>            |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | PRETALES                           | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

**PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)**

|                                                                                                                                                                                                                | SI                                  | NO                       | NA                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriostra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |





| NOT 900.784.130-0                                                                                                                                      |  |  |  |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---|---|
| El andamio cuenta con seguros en las ruedas, y se encuentran en buen estado                                                                            |  |  |  |   | X |
| Los peldaños de las escaleras se encuentran en optimas condiciones                                                                                     |  |  |  | X |   |
| Se ha dejado la distancia de seguridad para recargar la escalera contra los muros                                                                      |  |  |  | X |   |
| Los Sistemas de descenso, son adecuados y se cuenta con anclajes seguros para realizar la maniobra                                                     |  |  |  | X |   |
| Se han revisado los accesos del área de trabajo y requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia                                      |  |  |  | X |   |
| Los trabajadores conocen e identifican los peligros relacionados con la actividad                                                                      |  |  |  | X |   |
| El clima es adecuado para realizar las labores en altura, y los trabajadores tienen claro que en mal tiempo climático, deben suspender las actividades |  |  |  | X |   |
| El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                               |  |  |  | X |   |
| Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados                         |  |  |  | X |   |
| En caso de trabajar en espacios confinados o en caliente, se realizan acciones preventivas incluyendo los permisos requeridos                          |  |  |  | X |   |
| Se ha realizado el analisis de trabajo segura para la actividad, y se ha divulgado a todos los que participan                                          |  |  |  | X |   |

| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO | HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR |
|-------------------------|-------------------------------|
| Mantenimiento           | Llave de Vico                 |

**NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS**

FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS



## SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Reparación de la vereda 12 de Mayo FECHA DEL TRABAJO: 21-03-2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 3mts

## PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO     | COORDINADOR | AUTORIZADO | AYUDANTE | FIRMA           |
|-----------------|----------------|-----------|-------------|------------|----------|-----------------|
| Andrés Ortega   | 79658508       | Tec. Rfho | X           |            |          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | PPT<br>5618406 | Doc. Rfho |             | X          |          | Carlos Chirinos |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |

### DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

## HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR

Mantenimiento  
Preventivo  
Rotobombas

Armas  
Línea de vida  
Herramientas  
Medidor Gases

### SISTEMAS A UTILIZAR

Andamio ☐ Escalera ☒ Grúa con canasta ☐

Otros (¿Cuáles?) \_\_\_\_\_ Tipo de andamio: \_\_\_\_\_

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)

| ANEXO 1. EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X) |   |                                    |   |                                  |   |
|------------------------------------------------------------|---|------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| CASCO CON BARBUQUEJO                                       | X | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS |   | KIT DE RESCATE                   |   |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                         | X | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         |   | AUTORRETRACTIL                   |   |
| GUANTES                                                    | X | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     |   | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN |   |
| PROTECCION AUDITIVA                                        | X | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         |   | ANDAMIOS                         |   |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                    | X | LINEA DE VIDA PORTATIL             | X | ESCALERA EXTENSIBLE              |   |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                         | X | PRETALES                           |   | ESCALERA TIJERA                  | X |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                   | X | DESCENDEDORES                      |   | OTRO(S):                         |   |

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                                                                                            | SI | NO | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | X  |    |    |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  | X  |    |    |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          | X  |    |    |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | X  |    |    |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | X  |    |    |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | X  |    |    |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | X  |    |    |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              | X  |    |    |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | X  |    |    |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriestra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    |    |    | X  |



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

|                                                                                                                                                        |   |  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|
| El andamio cuenta con seguros en las ruedas, y se encuentran en buen estado                                                                            |   |  | X |
| Los peldaños de las escaleras se encuentran en optimas condiciones                                                                                     | X |  |   |
| Se ha dejado la distancia de seguridad para recargar la escalera contra los muros                                                                      | X |  |   |
| Los Sistemas de descenso, son adecuados y se cuenta con anclajes seguros para realizar la maniobra                                                     | X |  |   |
| Se han revisado los accesos del área de trabajo y requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia                                      | X |  |   |
| Los trabajadores conocen e identifican los peligros relacionados con la actividad                                                                      | X |  |   |
| El clima es adecuado para realizar las labores en altura, y los trabajadores tienen claro que en mal tiempo climático, deben suspender las actividades | X |  |   |
| El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                               | X |  |   |
| Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados                         | X |  |   |
| En caso de trabajar en espacios confinados o en caliente, se realizan acciones preventivas incluyendo los permisos requeridos                          | X |  |   |
| Se ha realizado el analisis de trabajo segura para la actividad, y se ha divulgado a todos los que participan                                          | X |  |   |

**OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES**

| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A USAR | DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO |
|-------------------------------|-------------------------|
| Línea de vida                 | Trabajos en altura      |
| Herramientas                  | Trabajos en altura      |

Andrés Ortega.

**NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS**

Andrés Ortega

**FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS**

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X) |   | PREPARACIÓN DEL ÁREA (MARQUE CON X)                                                                                                                                                                            |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| CASCO CON BARRIDO                                                                      | X | Se ha instalado señalización que delimita el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli carbón) de tal manera que se evite la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | X |
| GUANTES                                                                                | X | El trabajo en altura, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                   | X |
| PROTECCIÓN AUDITIVA                                                                    | X | Los trabajadores están certificados en altura y se encuentra vigente                                                                                                                                           | X |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                | X | Los equipos de protección contra caídas se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                                    | X |
| RODAS DE SEGURIDAD                                                                     | X | Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | X |
| ARNES DE CUERPO COMPLETO                                                               | X | Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | X |
| DESCENDEDOR                                                                            | X | La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | X |
| PRETALES                                                                               | X | Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos o malas superficies de trabajo                                                                             | X |
| LÍNEA DE VIDA PORTÁTIL                                                                 | X | Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las normativas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                            | X |
| ANCLAJE PORTÁTIL (TIE OF)                                                              | X | El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se muestra a estructura independiente cuando aplica                                                                                      | X |
| MOSQUETON DE CIERRE AUTOMÁTICO                                                         | X |                                                                                                                                                                                                                |   |
| SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN                                                       | X |                                                                                                                                                                                                                |   |
| ESLINGA DE POSICIONAMIENTO                                                             | X |                                                                                                                                                                                                                |   |
| ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS                                                     | X |                                                                                                                                                                                                                |   |
| ALTORETRÁCTIL                                                                          | X |                                                                                                                                                                                                                |   |
| KIT DE RESCATE                                                                         | X |                                                                                                                                                                                                                |   |



## SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Portal Cerna FECHA DEL TRABAJO: 22-03-2024  
HORA INICIO: 10:00 PM HORA FINALIZACIÓN: 6:00 AM ALTURA PROMEDIO: 0 m/s

## PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO    | COORDINADOR | AUTORIZADO | AYUDANTE | FIRMA           |
|-----------------|----------------|----------|-------------|------------|----------|-----------------|
| Andrés Ortega   | 79658588       | Tec. Mto | x           |            |          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | 3318406        | Aux. Mto |             | x          |          | Carlos Chirinos |
|                 |                |          |             |            |          |                 |
|                 |                |          |             |            |          |                 |
|                 |                |          |             |            |          |                 |

### DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Hartenmient  
Preventive  
Robotombas

**HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR**

Armas  
Linha de Vida.  
Herramientas  
Medidor de Gases.

### SISTEMAS A UTILIZAR

|         |                          |          |                                     |                  |                          |
|---------|--------------------------|----------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|
| Andamio | <input type="checkbox"/> | Escalera | <input checked="" type="checkbox"/> | Grúa con canasta | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|----------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|

Otros (¿Cuáles?) \_\_\_\_\_ Tipo de andamio:

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)

| ANEXOS: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X) |   |                                    |   |                                  |   |
|-------------------------------------------------------------|---|------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| CASCO CON BARBUQUEJO                                        | X | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS |   | KIT DE RESCATE                   |   |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                          | X | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         |   | AUTORRETRACTIL                   |   |
| GUANTES                                                     | X | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     |   | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN |   |
| PROTECCION AUDITIVA                                         | X | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         |   | ANDAMIOS                         |   |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                     | X | LINEA DE VIDA PORTATIL             | X | ESCALERA EXTENSIBLE              |   |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                          | X | PRETALES                           |   | ESCALERA TIJERA                  | X |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                    | X | DESCENDEDORES                      |   | OTRO(S):                         |   |

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                                                                                            | SI | NO | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | X  |    |    |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  | X  |    |    |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          | X  |    |    |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | X  |    |    |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | X  |    |    |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | X  |    |    |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | X  |    |    |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              | X  |    |    |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | X  |    |    |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriestra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    |    |    | X  |



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

|                                                                                                                                                        |   |  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|
| El andamio cuenta con seguros en las ruedas, y se encuentran en buen estado                                                                            |   |  | X |
| Los peldaños de las escaleras se encuentran en optimas condiciones                                                                                     | X |  |   |
| Se ha dejado la distancia de seguridad para recargar la escalera contra los muros                                                                      | X |  |   |
| Los Sistemas de descenso, son adecuados y se cuenta con anclajes seguros para realizar la maniobra                                                     | X |  |   |
| Se han revisado los accesos del área de trabajo y requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia                                      | X |  |   |
| Los trabajadores conocen e identifican los peligros relacionados con la actividad                                                                      | X |  |   |
| El clima es adecuado para realizar las labores en altura, y los trabajadores tienen claro que en mal tiempo climático, deben suspender las actividades | X |  |   |
| El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                               | X |  |   |
| Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados                         | X |  |   |
| En caso de trabajar en espacios confinados o en caliente, se realizan acciones preventivas incluyendo los permisos requeridos                          | X |  |   |
| Seha realizado el analisis de trabajo segura para la actividad, y se ha divulgado a todos los que participan                                           | X |  |   |

**OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES**

|                                                                                     |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR                                                       | DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO                                                  |
| Andamio de aluminio<br>Escalera de aluminio<br>Sistema de descenso<br>Línea de vida | Reparación de estructura metálica<br>Pintura de protección anticorrosiva |

Andrés Ortega  
**NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS**

Andrés Ortega  
**FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS**

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)                                                                                                                         |   |                                    |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| CASCO CON BARBUITO                                                                                                                                                                                             | X | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | X |
| CINTA DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                             | X | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | X |
| GUANTES                                                                                                                                                                                                        | X | MOCHILÓN DE CIERRE AUTOMÁTICO      | X |
| PROTECCIÓN AUDITIVA                                                                                                                                                                                            | X | ANCLAJE PORTÁTIL (TIE OF)          | X |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                                                                                                                                        | X | LÍNEA DE VIDA PORTÁTIL             | X |
| BOAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                              | X | PRETAJES                           | X |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                                                                                                                                       | X | DESCENDEDORES                      | X |
| PREPARACIÓN DEL ÁREA (MARQUE CON X)                                                                                                                                                                            |   |                                    |   |
| Se ha instalado señalización que delimita el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli cómpar) de tal manera que se aisle la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | X |                                    |   |
| El trabajo en altura, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                   | X |                                    |   |
| Los trabajadores están certificados en altura y se encuentran vigentes                                                                                                                                         | X |                                    |   |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | X |                                    |   |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | X |                                    |   |
| Las partes de los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                          | X |                                    |   |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | X |                                    |   |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos entre superficies de trabajo                                                                               | X |                                    |   |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | X |                                    |   |
| El andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se anclasta a estructura independiente cuando aplica                                                                                                 | X |                                    |   |





SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Estación Ricaurte

FECHA DEL TRABAJO: 27 - 03 - 2024

HORA INICIO: 7:30 AM

HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM

ALTURA PROMEDIO: 5mts

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO     | COORDINADOR | AUTORIZADO | AYUDANTE | FIRMA           |
|-----------------|----------------|-----------|-------------|------------|----------|-----------------|
| Andrés Ortega   | 79688588       | Tec. Rlto | x           |            |          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | 5613406        | Aux. Rlto |             | x          |          | Carlos Chirinos |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR

Mantenimiento Preventivo Rotobombas

Arnés Línea de Vida Herramientas Medidor de Gases

SISTEMAS A UTILIZAR

Andamio ☐

Escalera ☒

Grúa con canasta ☐

Otros (¿Cuáles?) ☐

Tipo de andamio: ☐

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | KIT DE RESCATE                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIE OF)          | <input type="checkbox"/>            | ANDAMIOS                         | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | PRETALES                           | <input checked="" type="checkbox"/> | ESCALERA TIJERA                  | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

|                                                                                                                                                                                                                | SI                                  | NO                       | NA                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriostra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Version: 02

Fecha edición: 6 de febrero de 2024



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

|                                                                                                                                                        |   |  |  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|---|
| El andamio cuenta con seguros en las ruedas, y se encuentran en buen estado                                                                            |   |  |  | X |
| Los peldaños de las escaleras se encuentran en optimas condiciones                                                                                     | X |  |  |   |
| Se ha dejado la distancia de seguridad para recargar la escalera contra los muros                                                                      | X |  |  |   |
| Los Sistemas de descenso, son adecuados y se cuenta con anclajes seguros para realizar la maniobra                                                     | X |  |  |   |
| Se han revisado los accesos del área de trabajo y requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia                                      | X |  |  |   |
| Los trabajadores conocen e identifican los peligros relacionados con la actividad                                                                      | X |  |  |   |
| El clima es adecuado para realizar las labores en altura, y los trabajadores tienen claro que en mal tiempo climático, deben suspender las actividades | X |  |  |   |
| El lugar donde se realizara la tarea tiene instalda línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                                | X |  |  |   |
| Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados                         | X |  |  |   |
| En caso de trabajar en espacios confinados o en caliente, se realizan acciones preventivas incluyendo los permisos requeridos                          | X |  |  |   |
| Seha realizado el analisis de trabajo segura para la actividad, y se ha divulgado a todos los que participan                                           | X |  |  |   |

**OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES**

| HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR | DESCRIPCION DEL TRABAJO  |
|-------------------------------|--------------------------|
| Andamio de aluminio           | Reparación de estructura |
| Línea de vida                 | Trabajo en altura        |
| Escalera extensible           | Trabajo en altura        |
| Andamio de aluminio           | Trabajo en altura        |

Andrés Ortega.

**NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS**

Andrés Ortega

**FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS**

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)                                                                                                                          |    | PREPARACIÓN DEL ÁREA (MARQUE CON X) |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|----|
| CASCOS CON BARBUQUELO                                                                                                                                                                                           | X  | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS  | X  |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                              | X  | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO          | X  |
| GUANTES                                                                                                                                                                                                         | X  | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMÁTICO      | X  |
| PROTECCIÓN AUDITIVA                                                                                                                                                                                             | X  | ANCLAJE PORTÁTIL (TÍPE OF)          | X  |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                                                                                                                                         | X  | LÍNEA DE VIDA PORTÁTIL              | X  |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                              | X  | PRETALES                            | X  |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                                                                                                                                        | X  | DESCENDEDORES                       | X  |
| OTROS:                                                                                                                                                                                                          |    | OTROS:                              |    |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de una estabilidad y/o se anclasta a estructura independiente cuando aplica                                                                                       |    |                                     |    |
| Se cuenta con mecanismos que ayudan a asegurar los herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                           |    |                                     |    |
| Se identifican algunas sustancias o elemento en las superficies de trabajo, que generan deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                            |    |                                     |    |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                          |    |                                     |    |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                         |    |                                     |    |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                             |    |                                     |    |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                          |    |                                     |    |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentran vigentes                                                                                                                                         |    |                                     |    |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                   |    |                                     |    |
| Se ha instalado señalización que delimita el área de trabajo (cintas, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aisla la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor |    |                                     |    |
| SI                                                                                                                                                                                                              | NO | SI                                  | NO |



|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|  <p><b>BOMBAS Y EQUIPOS</b><br/>DUQUE INGENIERIA SAS<br/>MT 900.794.130-9</p>                                                  | <p><b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br/><b>PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS</b></p> |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
| <b>DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
| PROYECTO: <u>Patio de la Hoja</u>                                                                                                                                                                              |                                                                                                              | FECHA DEL TRABAJO: <u>01 - 04 - 2024</u>  |                                                             |                                  |                          |                                     |
| HORA INICIO: <u>7:30 AM</u>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              | HORA FINALIZACIÓN: <u>5:00 PM</u>         |                                                             | ALTURA PROMEDIO: <u>5mts</u>     |                          |                                     |
| <b>PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                         | IDENTIFICACIÓN                                                                                               | CARGO                                     | COORDINADOR                                                 | AUTORIZADO                       | AYUDANTE                 | FIRMA                               |
| Andrés Ortega                                                                                                                                                                                                  | 79658388                                                                                                     | Tec. Hto                                  | x                                                           |                                  |                          | Andrés Ortega                       |
| Carlos Chirinos                                                                                                                                                                                                | 3618406                                                                                                      | Doc. Hto                                  |                                                             | x                                |                          | Carlos Chirinos                     |
|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
| <b>DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                              |                                           | <b>HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR</b>                        |                                  |                          |                                     |
| Mantenimiento Preventivo Rotobombas                                                                                                                                                                            |                                                                                                              |                                           | Andrés<br>Línea de Vida<br>Herramientas<br>Medidor de Gases |                                  |                          |                                     |
| <b>SISTEMAS A UTILIZAR</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
| Andamio <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               | Escalera <input checked="" type="checkbox"/>                                                                 | Grúa con canasta <input type="checkbox"/> |                                                             |                                  |                          |                                     |
| Otros (¿Cuáles?)                                                                                                                                                                                               |                                                                                                              |                                           | Tipo de andamio:                                            |                                  |                          |                                     |
| <b>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)</b>                                                                                                                  |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          |                                     |
| CASCO CON BARBUQUEJO                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS        | <input type="checkbox"/>                                    | KIT DE RESCATE                   | <input type="checkbox"/> |                                     |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO                | <input type="checkbox"/>                                    | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/> |                                     |
| GUANTES                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO            | <input type="checkbox"/>                                    | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/> |                                     |
| PROTECCION AUDITIVA                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | ANCLAJE PORTATIL (TIE OF)                 | <input type="checkbox"/>                                    | ANDAMIOS                         | <input type="checkbox"/> |                                     |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | LINEA DE VIDA PORTATIL                    | <input checked="" type="checkbox"/>                         | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/> |                                     |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | PRETALES                                  | <input type="checkbox"/>                                    | ESCALERA TIJERA                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | DESCENDEDORES                             | <input type="checkbox"/>                                    | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/> |                                     |
| <b>PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)</b>                                                                                                                                                                     |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <b>SI NO NA</b>                     |
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriestra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    |                                                                                                              |                                           |                                                             |                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

|                                                                                                                                                        |   |  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|
| El andamio cuenta con seguros en las ruedas, y se encuentran en buen estado                                                                            |   |  | X |
| Los peldaños de las escaleras se encuentran en optimas condiciones                                                                                     | X |  |   |
| Se ha dejado la distancia de seguridad para recargar la escalera contra los muros                                                                      | X |  |   |
| Los Sistemas de descenso, son adecuados y se cuenta con anclajes seguros para realizar la maniobra                                                     | X |  |   |
| Se han revisado los accesos del área de trabajo y requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia                                      | X |  |   |
| Los trabajadores conocen e identifican los peligros relacionados con la actividad                                                                      | X |  |   |
| El clima es adecuado para realizar las labores en altura, y los trabajadores tienen claro que en mal tiempo climático, deben suspender las actividades | X |  |   |
| El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                               | X |  |   |
| Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados                         | X |  |   |
| En caso de trabajar en espacios confinados o en caliente, se realizan acciones preventivas incluyendo los permisos requeridos                          | X |  |   |
| Se ha realizado el análisis de trabajo segura para la actividad, y se ha divulgado a todos los que participan                                          | X |  |   |

OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR | DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO |
|                               |                         |

Andrés Ortega

NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS

Andrés Ortega

FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS

| PREPARACIÓN DEL ÁREA (MARQUE CON X)                                                                                                        |  | SI | NO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|
| Se ha instalado señalización que delimita el área de trabajo (línea, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se evite la |  | X  |    |
| Se ha permitido el paso de personal o vehículos ajenos a la labor                                                                          |  | X  |    |
| El trabajo en altura, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                               |  | X  |    |
| Los trabajadores están certificados en altura y se encuentran vigentes                                                                     |  | X  |    |
| Los equipos de protección contra caídas se encuentran en buenas condiciones                                                                |  | X  |    |
| Los elementos de protección personal se encuentran en buenas condiciones                                                                   |  | X  |    |
| Las partes de los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre-operacional                      |  | X  |    |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje     |  | X  |    |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos entre superficies de trabajo           |  | X  |    |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                      |  | X  |    |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se anclota a estructura independiente cuando aplica                  |  | X  |    |



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

**DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO**

PROYECTO: Portal Dorado FECHA DEL TRABAJO: 02 - 04 - 2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 5mts.

**PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES**

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO    | COORDINADOR | AUTORIZADO | AYUDANTE | FIRMA           |
|-----------------|----------------|----------|-------------|------------|----------|-----------------|
| Andrés Ortega   | 79688888       | Tec. Mto | X           |            |          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | 6615406        | Aux. Mto |             | X          |          | Carlos Chirinos |
|                 |                |          |             |            |          |                 |
|                 |                |          |             |            |          |                 |
|                 |                |          |             |            |          |                 |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

**HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR**

Plantamiento  
Preventivo  
Motobombas

Andrés  
Línea de Vida  
Herramientas  
Medidor de Gases

**SISTEMAS A UTILIZAR**

Andamio ☐ Escalera ☒ Grúa con canasta ☐  
Otros (¿Cuáles?) \_\_\_\_\_ Tipo de andamio: \_\_\_\_\_

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)**

|                          |   |                                    |   |                                  |   |
|--------------------------|---|------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | X | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS |   | KIT DE RESCATE                   |   |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | X | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         |   | AUTORRETRACTIL                   |   |
| GUANTES                  | X | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     |   | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN |   |
| PROTECCION AUDITIVA      | X | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         |   | ANDAMIOS                         |   |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | X | LINEA DE VIDA PORTATIL             | X | ESCALERA EXTENSIBLE              |   |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | X | PRETALES                           |   | ESCALERA TIJERA                  | X |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | X | DESCENDEDORES                      |   | OTRO(S):                         |   |

**PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)**

|                                                                                                                                                                                                                | SI | NO | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | X  |    |    |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  | X  |    |    |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          | X  |    |    |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | X  |    |    |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | X  |    |    |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | X  |    |    |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | X  |    |    |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              | X  |    |    |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | X  |    |    |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriostra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    |    |    | X  |



## SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

|                                                                                                                                                        |   |  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|
| El andamio cuenta con seguros en las ruedas, y se encuentran en buen estado                                                                            |   |  | X |
| Los peldaños de las escaleras se encuentran en optimas condiciones                                                                                     | X |  |   |
| Se ha dejado la distancia de seguridad para recargar la escalera contra los muros                                                                      | X |  |   |
| Los Sistemas de descenso, son adecuados y se cuenta con anclajes seguros para realizar la maniobra                                                     | X |  |   |
| Se han revisado los accesos del área de trabajo y requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia                                      | X |  |   |
| Los trabajadores conocen e identifican los peligros relacionados con la actividad                                                                      | X |  |   |
| El clima es adecuado para realizar las labores en altura, y los trabajadores tienen claro que en mal tiempo climático, deben suspender las actividades | X |  |   |
| El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                               | X |  |   |
| Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados                         | X |  |   |
| En caso de trabajar en espacios confinados o en caliente, se realizan acciones preventivas incluyendo los permisos requeridos                          | X |  |   |
| Se ha realizado el analisis de trabajo segura para la actividad, y se ha divulgado a todos los que participan                                          | X |  |   |

## OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES

Andrés Ortega.  
NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS

**NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS**

Andres Ortega

FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS



|                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------|
|  <p>BOMBAS Y EQUIPOS<br/>DUQUE INGENIERIA SAS<br/>NIT 900.794.530-9</p>                                                        |                                     | <p>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p> <p>PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS</p> |                                                              |                                  |                          |                 |
| DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
| PROYECTO: Portal suba                                                                                                                                                                                          |                                     | FECHA DEL TRABAJO: 03 - 04 - 2024                                                                 |                                                              |                                  |                          |                 |
| HORA INICIO: 7:30 AM                                                                                                                                                                                           |                                     | HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM                                                                        |                                                              | ALTURA PROMEDIO: 5mts            |                          |                 |
| PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                         | IDENTIFICACIÓN                      | CARGO                                                                                             | COORDINADOR                                                  | AUTORIZADO                       | AYUDANTE                 | FIRMA           |
| Andrés Ortega                                                                                                                                                                                                  | 79658508                            | Tec. Alto                                                                                         | x                                                            |                                  |                          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos                                                                                                                                                                                                | 3615406                             | Auc. Alto                                                                                         |                                                              | x                                |                          | Carlos Chirinos |
|                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
|                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
|                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                   | HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR                                |                                  |                          |                 |
| Mantenimiento Preventivo Motobombas                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                   | Andrés<br>Línea de Vida<br>Herramientas<br>Medidor de Gases. |                                  |                          |                 |
| SISTEMAS A UTILIZAR                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
| Andamio <input type="checkbox"/> Escalera <input checked="" type="checkbox"/> Grúa con canasta <input type="checkbox"/>                                                                                        |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
| Otros (¿Cuáles?) Tipo de andamio:                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)                                                                                                                         |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          |                 |
| CASCO CON BARBUQUEJO                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS                                                                | <input type="checkbox"/>                                     | KIT DE RESCATE                   | <input type="checkbox"/> |                 |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO                                                                        | <input type="checkbox"/>                                     | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/> |                 |
| GUANTES                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO                                                                    | <input type="checkbox"/>                                     | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/> |                 |
| PROTECCION AUDITIVA                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)                                                                        | <input type="checkbox"/>                                     | ANDAMIOS                         | <input type="checkbox"/> |                 |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                          | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/> |                 |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | PRETALES                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                     | ESCALERA TIJERA                  | <input type="checkbox"/> | x               |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                     | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/> |                 |
| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | SI NO NA        |
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriestra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    |                                     |                                                                                                   |                                                              |                                  |                          | x               |



OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES

Andrés Ortega  
NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS

Andres Ortega  
FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS

Versión: 02



## SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Portal 80 FECHA DEL TRABAJO: 05.04.2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 5mts

## PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO     | COORDINADOR | AUTORIZADO | AYUDANTE | FIRMA           |
|-----------------|----------------|-----------|-------------|------------|----------|-----------------|
| Andrés Ortega   | 79658988       | Tec. Alto | x           |            |          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | PPT<br>3612406 | Aux. Alto |             | x          |          | Carlos Chirinos |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |

### DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

# Mantenimiento Preventivo Moto Bombas

**HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR**

Unas  
línea de vida  
Herramientas  
Medidor de Gases.

## SISTEMAS A UTILIZAR

Andamio ☐ Escalera ☒ Grúa con canasta ☐

Otros (¿Cuáles?) \_\_\_\_\_ Tipo de andamio: \_\_\_\_\_

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)

| SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X) |   |                                    |   |                                  |   |
|-----------------------------------------------------|---|------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| CASCO CON BARBUQUEJO                                | X | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS |   | KIT DE RESCATE                   |   |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                  | X | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         |   | AUTORRETRACTIL                   |   |
| GUANTES                                             | X | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     |   | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN |   |
| PROTECCION AUDITIVA                                 | x | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         |   | ANDAMIOS                         |   |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                             | Y | LINEA DE VIDA PORTATIL             | X | ESCALERA EXTENSIBLE              |   |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                  | X | PRETALES                           |   | ESCALERA TIJERA                  | X |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                            | X | DESCENDEDORES                      |   | OTRO(S):                         |   |

**PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)**

| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                                                                                            | SI | NO | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | X  |    |    |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  | X  |    |    |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          | X  |    |    |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | X  |    |    |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | X  |    |    |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | X  |    |    |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | X  |    |    |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              | X  |    |    |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | X  |    |    |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriestra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    |    |    | X  |



OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES

FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

**DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO**

PROYECTO: Estación Puero Nacional FECHA DEL TRABAJO: 06-04-2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 4mts

**PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES**

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO     | COORDINADOR | AUTORIZADO | AYUDANTE | FIRMA           |
|-----------------|----------------|-----------|-------------|------------|----------|-----------------|
| Andrés Ortega   | 79638308       | Tec. Alto | X           |            |          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | 8615406        | Aux. Alto |             | X          |          | Carlos Chirinos |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |
|                 |                |           |             |            |          |                 |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

**HERRAMIENTAS / EQUIPOS A USAR**

Mantenimiento  
Preventivo  
Motobombas

Arnés  
Línea de Vida.  
Herramientas  
Medidor de Gases

**SISTEMAS A UTILIZAR**

Andamio ☐ Escalera ☒ Grúa con canasta ☐  
Otros (¿Cuáles?) \_\_\_\_\_ Tipo de andamio: \_\_\_\_\_

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)**

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | KIT DE RESCATE                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ANDAMIOS                         | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/>            |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | PRETALES                           | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

**PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)**

|                                                                                                                                                                                                                | SI                                  | NO                       | NA                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Se ha instalado señalización que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombra) de tal manera que se aislé la zona y no permita el paso de personal o vehículos ajenos a la labor | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| El trabajo en alturas, mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los trabajadores están certificados en alturas y se encuentra vigente                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los equipos de protección contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Los elementos de protección personal a utilizar se encuentran en buenas condiciones                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Las partes de o los equipos cumplen con los criterios técnicos requeridos y fueron objeto de inspección pre operacional                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| La superficie de trabajo es sólida, estable, nivelada (no mayor a 3 grados de inclinación) y soporta el peso muerto y vivo del montaje                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Se identifica alguna sustancia o elemento en las superficies de trabajo, que generen deslizamientos en las superficies de trabajo                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Se cuenta con mecanismos que ayuden a asegurar las herramientas de trabajo, para evitar que se caigan                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| El montaje del andamio cumple con el concepto de auto estabilidad y/o se arriostra a estructura independiente cuando aplica                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



## SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

|                                                                                                                                                        |   |  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|
| El andamio cuenta con seguros en las ruedas, y se encuentran en buen estado                                                                            |   |  | X |
| Los peldaños de las escaleras se encuentran en optimas condiciones                                                                                     | X |  |   |
| Se ha dejado la distancia de seguridad para recargar la escalera contra los muros                                                                      | X |  |   |
| Los Sistemas de descenso, son adecuados y se cuenta con anclajes seguros para realizar la maniobra                                                     | X |  |   |
| Se han revisado los accesos del área de trabajo y requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia                                      | X |  |   |
| Los trabajadores conocen e identifican los peligros relacionados con la actividad                                                                      | X |  |   |
| El clima es adecuado para realizar las labores en altura, y los trabajadores tienen claro que en mal tiempo climático, deben suspender las actividades | X |  |   |
| El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                               | X |  |   |
| Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados                         | X |  |   |
| En caso de trabajar en espacios confinados o en caliente, se realizan acciones preventivas incluyendo los permisos requeridos                          | X |  |   |
| Seha realizado el analisis de trabajo segura para la actividad, y se ha divulgado a todos los que participan                                           | X |  |   |

## OBSERVACIONES O CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INICIALES

Andrea Ochoa

NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS

Andres Ortega

FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS



DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Portal Sur

FECHA VALIDEZ DEL PERMISO: 19-03-2024

HORA INICIO: 7.30 AM

HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM

ALTURA PROMEDIO: 3 mts

| PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |
|--------------------------------------|----------------|----------|--------------------|-------|------------|----------------------------------------------|----|-----------------|
| NOMBRE                               | IDENTIFICACIÓN | CARGO    | ROL DEL TRABAJADOR |       |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |    | FIRMA           |
|                                      |                |          | ENTRANTE           | VIGIA | SUPERVISOR | SI                                           | NO |                 |
|                                      |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |
| Andrés Ortega                        | 79658588       | Tec Alto |                    | X     |            | X                                            |    | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos                      | 3615406        | Doc Alto | X                  |       |            | X                                            |    | Carlos Chirinos |
|                                      |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |
|                                      |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Manejo preventivo Rotobombas.

SISTEMAS A UTILIZAR

Se empleara equipo de medición de gases

Si ☒ No ☐

Cual: MSA Altair

Fecha calibración:

29/01/2024

Se requiere autocontenido

Si ☐ No ☒

| PRUEBAS A REALIZAR | ALARMA BAJA | ALARMA ALTA | LECTURA ANTES DE INGRESAR | LECTURA CON VENTILACIÓN |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| O2                 | 19.5% O2    | 23.5% O2    |                           |                         |
| CO                 | 0 PPM CO    | 25 PPM CO   |                           |                         |
| H2S                | 0 PPM H2S   | 10 PPM H2S  |                           |                         |
| INFLAMABILIDAD     | 0% LEL      | 10% LEL     |                           |                         |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X) |                                     |                                    |                                     |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN |
| GUANTES                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              |
| PROTECCION AUDITIVA                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                  |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         |

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea?

SI ☒ NO ☐ NA ☐







|                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO ESPACIOS CONFINADOS</b> |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|----------------------------------------------|------------------------------|-----------------|--|-------------------------------------|----|----|
| <b>DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO</b>                                                                                        |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| PROYECTO: <u>Portal Tónal</u>                                                                                                      |                                                                                                               |                                    |                                     | FECHA VALIDEZ DEL <u>20-03-2024</u> |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| HORA INICIO: <u>7:30 AM</u>                                                                                                        |                                                                                                               |                                    |                                     | HORA FINALIZACIÓN: <u>5:00 PM</u>   |            |                                              | ALTURA PROMEDIO: <u>8mts</u> |                 |  |                                     |    |    |
| <b>PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES</b>                                                                                        |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| NOMBRE                                                                                                                             | IDENTIFICACIÓN                                                                                                | CARGO                              | ROL DEL TRABAJADOR                  |                                     |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |                              | FIRMA           |  |                                     |    |    |
|                                                                                                                                    |                                                                                                               |                                    | ENTRANTE                            | VIGÍA                               | SUPERVISOR | SI                                           | NO                           |                 |  |                                     |    |    |
| Andrés Ortega                                                                                                                      | 79658568                                                                                                      | Tec. Alto                          |                                     | X                                   |            | X                                            |                              | Andrés Ortega   |  |                                     |    |    |
| Carlos Chirinos                                                                                                                    | PRT 5618406                                                                                                   | Aux. Alto                          | X                                   |                                     |            | X                                            |                              | Carlos Chirinos |  |                                     |    |    |
|                                                                                                                                    |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
|                                                                                                                                    |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| <b>DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO</b>                                                                                                     |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| <u>Mantenimiento Preventivo Moto bombas</u>                                                                                        |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| <b>SISTEMAS A UTILIZAR</b>                                                                                                         |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| Se empleara equipo de medición de gases Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: <u>MSA Altair</u> |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| Fecha calibración: <u>29/01/2024</u>                                                                                               |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| Se requiere autocontenido Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                       |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| PRUEBAS A REALIZAR                                                                                                                 | ALARMA BAJA                                                                                                   | ALARMA ALTA                        | LECTURA ANTES DE INGRESAR           |                                     |            |                                              | LECTURA CON VENTILACIÓN      |                 |  |                                     |    |    |
| O2                                                                                                                                 | 19.5% O2                                                                                                      | 23.5% O2                           |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| CO                                                                                                                                 | 0 PPM CO                                                                                                      | 25 PPM CO                          |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| H2S                                                                                                                                | 0 PPM H2S                                                                                                     | 10 PPM H2S                         |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| INFLAMABILIDAD                                                                                                                     | 0% LEL                                                                                                        | 10% LEL                            |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| <b>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)</b>                                      |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| CASCO CON BARBUQUEJO                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                      |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN    |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| GUANTES                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE                 |            | <input checked="" type="checkbox"/>          |                              |                 |  |                                     |    |    |
| PROTECCION AUDITIVA                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL    |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                     |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                            |            |                                              |                              |                 |  |                                     |    |    |
| <b>PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)</b>                                                                                         |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  | SI                                  | NO | NA |
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea?                                     |                                                                                                               |                                    |                                     |                                     |            |                                              |                              |                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> |    |    |



| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                | SI | NO | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ¿Se ha revisado si hay presencia de tuberías y cableado de cualquier tipo?                                                         | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere de iluminación artificial, ésta deber ser antichispa.                              | X  |    |    |
| Se deben utilizar herramientas que no produzcan chispas o alimentadas a baja tensión.                                              | X  |    |    |
| ¿El exposímetro y/o el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos?                                  | X  |    |    |
| ¿El área esta libre de gases, presión, sustancias químicas, toxicas, combustibles e inflamables?                                   | X  |    |    |
| ¿Existe una ventilación general adecuada?                                                                                          | X  |    |    |
| ¿Se requiere instalar sistemas de ventilación forzada?                                                                             | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere el corte de energía eléctrica/gas                                                  | X  |    |    |
| ¿En el área de trabajo se dispone de extintor?                                                                                     | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos?                                            | X  |    |    |
| ¿Los equipos y/o herramientas se encuentran revisados y en buen estado?                                                            | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para la carga de objetos y otros materiales de trabajo?                                 | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos?                                                           | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa arnés de seguridad y se encuentra conectado a su respectiva línea de vida?                                      | X  |    |    |
| ¿Al personal se le ha instruido en los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea?                            | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de un trabajador que acompañe y apoye en caso de emergencia, durante toda la actividad?                           | X  |    |    |
| ¿El área de trabajo se ha señalado, delimitado y aislado correctamente?                                                            | X  |    |    |
| ¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?                                       | X  |    |    |
| ¿Se ha verificado la atmósfera y la dirección del viento?                                                                          | X  |    |    |
| Equipo de respiración autónomo/semiautónomo fue probado y se encuentra en buen estado y con registros de mantenimiento.            |    |    | X  |
| Se han realizado las verificaciones previas de los equipos de medida (funcionamiento).                                             | X  |    |    |
| El equipo de rescate se encuentra disponible, fue probado y en buen estado de mantenimiento y conservación.                        | X  |    |    |
| Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - CALIENTE - ELÉCTRICOS - EXCAVACIONES            | X  |    |    |
| Se elabora el Analisis de Trabajo seguro o APA (Analisis de peligros de la actividad), y se ha divulgado a todos los trabajadores? | X  |    |    |
| OBSERVACIONES                                                                                                                      |    |    |    |

Andrés Ortega

NOMBRE QUIEN EMITE EL PERMISO

Andrés Ortega

FIRMA QUIEN EMITE EL PERMISO

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X) |   |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                               | X |  |  |
| RODAS DE SEGURIDAD                                                                     | X |  |  |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                | X |  |  |
| PROTECCIÓN AUDITIVA                                                                    | X |  |  |
| GUANTES                                                                                | X |  |  |
| CASCOS DE SEGURIDAD                                                                    | X |  |  |
| CASCOS CON BARRIDILLO                                                                  | X |  |  |
| LINEA DE VIDA PORTÁTIL                                                                 | X |  |  |
| PROTECTOR RESPIRATORIO ESPECIAL                                                        | X |  |  |
| ESCALERA TIERRA                                                                        | X |  |  |
| ESCALERA EXTENSIBLE                                                                    | X |  |  |
| SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN                                                       | X |  |  |
| AUTOPROTECCIÓN                                                                         | X |  |  |



|                |                                     | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO ESPACIOS CONFINADOS</b> |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <b>DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO</b>                                                    |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| PROYECTO: <u>Colocación Avenida 12 de Mayo</u>                                                 |                                     | FECHA VALIDEZ DEL <u>21 - 03 - 2024</u>                                                                       |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| PERMISO:                                                                                       |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| HORA INICIO: <u>7:30 AM</u>                                                                    |                                     | HORA FINALIZACIÓN: <u>5:00 PM</u>                                                                             |                                        | ALTURA PROMEDIO: <u>3 mts</u>          |                                     |                                              |                          |                 |
| <b>PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES</b>                                                    |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| NOMBRE                                                                                         | IDENTIFICACIÓN                      | CARGO                                                                                                         | ROL DEL TRABAJADOR                     |                                        |                                     | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |                          | FIRMA           |
|                                                                                                |                                     |                                                                                                               | ENTRANTE                               | VIGIA                                  | SUPERVISOR                          |                                              |                          |                 |
|                                                                                                |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     | SI                                           | NO                       |                 |
| Andrés Ortega                                                                                  | 79658688                            | Tec. Mto                                                                                                      |                                        | X                                      |                                     | X                                            |                          | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos                                                                                | PTT 5615406                         | Aux Mto                                                                                                       | X                                      |                                        |                                     | X                                            |                          | Carlos Chirinos |
|                                                                                                |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
|                                                                                                |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| <b>DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO</b>                                                                 |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| <u>Mantenimiento Preventivo Rotobombas</u>                                                     |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| <b>SISTEMAS A UTILIZAR</b>                                                                     |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| Se empleara equipo de medición de gases                                                        |                                     |                                                                                                               | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>            | Cual: <u>MSA Altair</u>             |                                              |                          |                 |
| Fecha calibración:                                                                             |                                     |                                                                                                               | <u>29/01/2024</u>                      |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| Se requiere autocontenido                                                                      |                                     |                                                                                                               | Si <input type="checkbox"/>            | No <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                              |                          |                 |
| PRUEBAS A REALIZAR                                                                             | ALARMA BAJA                         | ALARMA ALTA                                                                                                   | LECTURA ANTES DE INGRESAR              |                                        | LECTURA CON VENTILACIÓN             |                                              |                          |                 |
| O2                                                                                             | 19.5% O2                            | 23.5% O2                                                                                                      |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| CO                                                                                             | 0 PPM CO                            | 25 PPM CO                                                                                                     |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| H2S                                                                                            | 0 PPM H2S                           | 10 PPM H2S                                                                                                    |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| INFLAMABILIDAD                                                                                 | 0% LEL                              | 10% LEL                                                                                                       |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| <b>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)</b>  |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        |                                     |                                              |                          |                 |
| CASCO CON BARBUQUEJO                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS                                                                            | <input type="checkbox"/>               | AUTORRETRACTIL                         | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |                 |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO                                                                                    | <input type="checkbox"/>               | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN       | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |                 |
| GUANTES                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO                                                                                | <input type="checkbox"/>               | ESCALERA EXTENSIBLE                    | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |                 |
| PROTECCION AUDITIVA                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)                                                                                    | <input type="checkbox"/>               | ESCALERA TIJERA                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>          |                          |                 |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>    | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL       | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |                 |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                                                                                                 | <input type="checkbox"/>               |                                        | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |                 |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                                                                                                | <input type="checkbox"/>               | OTRO(S):                               | <input type="checkbox"/>            |                                              |                          |                 |
| <b>PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)</b>                                                     |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        | SI                                  | NO                                           | NA                       |                 |
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? |                                     |                                                                                                               |                                        |                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |                 |







DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Portal Osmo

FECHA VALIDEZ DEL 22-03-2024

HORA INICIO: 10:00 PM

HORA FINALIZACIÓN: 6:00 AM

ALTURA PROMEDIO: 8 mts

| PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |
|--------------------------------------|----------------|-----------|--------------------|-------|------------|----------------------------------------------|----|-----------------|
| NOMBRE                               | IDENTIFICACIÓN | CARGO     | ROL DEL TRABAJADOR |       |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |    | FIRMA           |
|                                      |                |           | ENTRANTE           | VIGIA | SUPERVISOR | SI                                           | NO |                 |
|                                      |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |
| Andreas Ortega                       | 79658588       | Tec. Mto. |                    | X     |            | X                                            |    | Andreas Ortega  |
| Carlos Chirinos                      | PP1 5615406    | Aux. Mto. | X                  |       |            | X                                            |    | Carlos Chirinos |
|                                      |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |
|                                      |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Reparación Preventiva Rotobombas

SISTEMAS A UTILIZAR

Se empleara equipo de medición de gases

Si ☒ No ☐

Cual: MSA Altair

Fecha calibración:

29/01/2024

Se requiere autocontenido

Si ☐ No ☒

| PRUEBAS A REALIZAR | ALARMA BAJA | ALARMA ALTA | LECTURA ANTES DE INGRESAR | LECTURA CON VENTILACIÓN |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| O2                 | 19.5% O2    | 23.5% O2    |                           |                         |
| CO                 | 0 PPM CO    | 25 PPM CO   |                           |                         |
| H2S                | 0 PPM H2S   | 10 PPM H2S  |                           |                         |
| INFLAMABILIDAD     | 0% LEL      | 10% LEL     |                           |                         |

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL | <input type="checkbox"/>            |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                  | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

|                                                                                                |                                     |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | SI                                  | NO                       | NA                       |
|                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                | SI | NO | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ¿Se ha revisado si hay presencia de tuberías y cableado de cualquier tipo?                                                         | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere de iluminación artificial, ésta deber ser antichispa.                              | X  |    |    |
| Se deben utilizar herramientas que no produzcan chispas o alimentadas a baja tensión.                                              | X  |    |    |
| ¿El exposímetro y/o el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos?                                  | X  |    |    |
| ¿El área esta libre de gases, presión, sustancias químicas, toxicas, combustibles e inflamables?                                   | X  |    |    |
| ¿Existe una ventilación general adecuada?                                                                                          | X  |    |    |
| ¿Se requiere instalar sistemas de ventilación forzada?                                                                             | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere el corte de energía eléctrica/gas                                                  | X  |    |    |
| ¿En el área de trabajo se dispone de extintor?                                                                                     | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos?                                            | X  |    |    |
| ¿Los equipos y/o herramientas se encuentran revisados y en buen estado?                                                            | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para la carga de objetos y otros materiales de trabajo?                                 | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos?                                                           | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa arnés de seguridad y se encuentra conectado a su respectiva línea de vida?                                      | X  |    |    |
| ¿Al personal se le ha instruido en los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea?                            | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de un trabajador que acompañe y apoye en caso de emergencia, durante toda la actividad?                           | X  |    |    |
| ¿El área de trabajo se ha señalizado, delimitado y aislado correctamente?                                                          | X  |    |    |
| ¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?                                       | X  |    |    |
| ¿Se ha verificado la atmósfera y la dirección del viento?                                                                          | X  |    |    |
| Equipo de respiración autónomo/semiautónomo fue probado y se encuentra en buen estado y con registros de mantenimiento.            |    |    | X  |
| Se han realizado las verificaciones previas de los equipos de medida (funcionamiento).                                             | X  |    |    |
| El equipo de rescate se encuentra disponible, fue probado y en buen estado de mantenimiento y conservación.                        | X  |    |    |
| Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - CALIENTE - ELECTRICOS - EXCAVACIONES            | X  |    |    |
| Se elabora el Analisis de Trabajo seguro o APA (Analisis de peligros de la actividad), y se ha divulgado a todos los trabajadores? | X  |    |    |

OBSERVACIONES

Andrés Ortega

NOMBRE QUIEN EMITE EL PERMISO

Andrés Ortega

FIRMA QUIEN EMITE EL PERMISO

|                                                                                        |                                    |             |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VENTILACIÓN                                                                            | INGRESAR                           | ALARMA ALTA | PRUEBAS A REALIZAR                                                                             |
|                                                                                        |                                    | 23.2% O2    | 02                                                                                             |
|                                                                                        |                                    | 25 PPM CO   | CO                                                                                             |
|                                                                                        |                                    | 10 PPM H2S  | H2S                                                                                            |
|                                                                                        |                                    | 10% LEL     | INFLAMABILIDAD                                                                                 |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X) |                                    |             |                                                                                                |
| AUTOPROTECCIÓN                                                                         | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | X           | CASCO CON BARBUQUELO                                                                           |
| SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN                                                       | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | X           | GUANTES                                                                                        |
| ESCALERA EXTENSIBLE                                                                    | MOSQUETERON DE CIERRE AUTOMATICO   | X           | PROTECCIÓN AUDITIVA                                                                            |
| ESCALERA TIJERA                                                                        | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | X           | PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                        |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA ESPECIAL                                                       | LÍNEA DE VIDA PORTATIL             | X           | RODAS DE SEGURIDAD                                                                             |
|                                                                                        | DESCENDEDORES                      | X           | ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                       |
|                                                                                        | KIT DE RESCATE                     | X           |                                                                                                |
| SI                                                                                     | NO                                 | NA          | PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                            |
| X                                                                                      |                                    |             | ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? |



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO ESPACIOS CONFINADOS**

**DATOS BÁSICOS DEL PERMISO DE TRABAJO**

PROYECTO: Salvación Ricaurte FECHA VALIDEZ DEL 27-03-2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 5 mts.

**PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES**

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO | ROL DEL TRABAJADOR |       |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |    | FIRMA           |
|-----------------|----------------|-------|--------------------|-------|------------|----------------------------------------------|----|-----------------|
|                 |                |       | ENTRANTE           | VIGÍA | SUPERVISOR | SI                                           | NO |                 |
|                 |                |       |                    |       |            |                                              |    |                 |
| Andrés Ortega   | 79638388       | Trf   |                    | X     |            | X                                            |    | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | PTT 3615406    | Aux   | X                  |       |            | X                                            |    | Carlos Chirinos |
|                 |                |       |                    |       |            |                                              |    |                 |
|                 |                |       |                    |       |            |                                              |    |                 |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

Mantenimiento Preventivo Rotobombas

**SISTEMAS A UTILIZAR**

Se empleara equipo de medición de gases Si ☒ No ☐ Cual: MGA A Hair  
Fecha calibración: 29/01/2024  
Se requiere autocontenido Si ☐ No ☒

| PRUEBAS A REALIZAR | ALARMA BAJA | ALARMA ALTA | LECTURA ANTES DE INGRESAR | LECTURA CON VENTILACIÓN |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| O2                 | 19.5% O2    | 23.5% O2    |                           |                         |
| CO                 | 0 PPM CO    | 25 PPM CO   |                           |                         |
| H2S                | 0 PPM H2S   | 10 PPM H2S  |                           |                         |
| INFLAMABILIDAD     | 0% LEL      | 10% LEL     |                           |                         |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)**

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL | <input type="checkbox"/>            |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                  | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

**PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)**

¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? ☒ SI ☐ NO ☐ NA



| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                | SI | NO | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ¿Se ha revisado si hay presencia de tuberías y cableado de cualquier tipo?                                                         | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere de iluminación artificial, ésta deber ser antichispa.                              | X  |    |    |
| Se deben utilizar herramientas que no produzcan chispas o alimentadas a baja tensión.                                              | X  |    |    |
| ¿El exposímetro y/o el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos?                                  | X  |    |    |
| ¿El área esta libre de gases, presión, sustancias químicas, toxicas, combustibles e inflamables?                                   | X  |    |    |
| ¿Existe una ventilación general adecuada?                                                                                          | X  |    |    |
| ¿Se requiere instalar sistemas de ventilación forzada?                                                                             | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere el corte de energía eléctrica/gas                                                  | X  |    |    |
| ¿En el área de trabajo se dispone de extintor?                                                                                     | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos?                                            | X  |    |    |
| ¿Los equipos y/o herramientas se encuentran revisados y en buen estado?                                                            | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para la carga de objetos y otros materiales de trabajo?                                 | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos?                                                           | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa arnés de seguridad y se encuentra conectado a su respectiva línea de vida?                                      | X  |    |    |
| ¿Al personal se le ha instruido en los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea?                            | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de un trabajador que acompañe y apoye en caso de emergencia, durante toda la actividad?                           | X  |    |    |
| ¿El área de trabajo se ha señalizado, delimitado y aislado correctamente?                                                          | X  |    |    |
| ¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?                                       | X  |    |    |
| ¿Se ha verificado la atmósfera y la dirección del viento?                                                                          | X  |    |    |
| Equipo de respiración autónomo/semiautónomo fue probado y se encuentra en buen estado y con registros de mantenimiento.            |    |    | X  |
| Se han realizado las verificaciones previas de los equipos de medida (funcionamiento).                                             | X  |    |    |
| El equipo de rescate se encuentra disponible, fue probado y en buen estado de mantenimiento y conservación.                        | X  |    |    |
| Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - CALIENTE - ELECTRICOS - EXCAVACIONES            | X  |    |    |
| Se elabora el Analisis de Trabajo seguro o APA (Analisis de peligros de la actividad), y se ha divulgado a todos los trabajadores? | X  |    |    |
| OBSERVACIONES                                                                                                                      |    |    |    |
|                                                                                                                                    |    |    |    |

Andrés Ortega

NOMBRE QUIEN EMITE EL PERMISO

Andrés Ortega

FIRMA QUIEN EMITE EL PERMISO

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)         |   |                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------|----|
| CASCO CON PARABUÍLO                                                                            | X | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | X  |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                                                             | X | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | X  |
| GUANTES                                                                                        | X | MOSQUETERON DE CIERRE AUTOMÁTICO   | X  |
| PROTECCIÓN AUDITIVA                                                                            | X | ANCLAJE PORTÁTIL (TIEE OI)         | X  |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                        | X | LÍNEA DE VIDA PORTÁTIL             | X  |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                                                             | X | DESCENDEDORES                      | X  |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                       | X | KIT DE RESCATE                     | X  |
| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                            |   |                                    |    |
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | SI                                 | NO |
|                                                                                                | X |                                    |    |



# SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## PERMISO DE TRABAJO ESPACIOS CONFINADOS

### DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Patio de la Hoja FECHA VALIDEZ DEL PERMISO: 01 - 04 - 2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 5mts

### PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO    | ROL DEL TRABAJADOR |       |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |    | FIRMA           |
|-----------------|----------------|----------|--------------------|-------|------------|----------------------------------------------|----|-----------------|
|                 |                |          | ENTRANTE           | VIGÍA | SUPERVISOR | SI                                           | NO |                 |
| Andrés Ortega   | 79658588       | Tec. Hto |                    | X     |            | X                                            |    | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | 5615406        | Doc. Hto | X                  |       |            | X                                            |    | Carlos Chirinos |
|                 |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |
|                 |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |

### DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Mantenimiento Preventivo Rotobombas

### SISTEMAS A UTILIZAR

Se empleara equipo de medición de gases Si ☒ No ☐ Cual: MSA Altair

Fecha calibración: 29/01/2024

Se requiere autocontenido Si ☐ No ☒

| PRUEBAS A REALIZAR | ALARMA BAJA | ALARMA ALTA | LECTURA ANTES DE INGRESAR | LECTURA CON VENTILACIÓN |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| O2                 | 19.5% O2    | 23.5% O2    |                           |                         |
| CO                 | 0 PPM CO    | 25 PPM CO   |                           |                         |
| H2S                | 0 PPM H2S   | 10 PPM H2S  |                           |                         |
| INFLAMABILIDAD     | 0% LEL      | 10% LEL     |                           |                         |

### ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL | <input type="checkbox"/>            |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                  | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

### PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? ☒ SI ☐ NO ☐ NA



Andrés Ortega  
NOMBRE QUIEN EMITE EL PERMISO

Andrés Ortega  
FIRMA QUIEN EMITE EL PERMISO



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO ESPACIOS CONFINADOS**

**DATOS BÁSICOS DEL PERMISO DE TRABAJO**

PROYECTO: Portal Dorado FECHA VALIDEZ DEL PERMISO: 02-04-2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 5mts

**PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES**

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO      | ROL DEL TRABAJADOR |       |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |    | FIRMA           |
|-----------------|----------------|------------|--------------------|-------|------------|----------------------------------------------|----|-----------------|
|                 |                |            | ENTRANTE           | VIGÍA | SUPERVISOR | SI                                           | NO |                 |
|                 |                |            |                    |       |            |                                              |    |                 |
| Andrés Ortega   | A9638388       | Tec. Htto. |                    | X     |            | X                                            |    | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | PPT 5615406    | Aux. Htto  | X                  |       |            | X                                            |    | Carlos Chirinos |
|                 |                |            |                    |       |            |                                              |    |                 |
|                 |                |            |                    |       |            |                                              |    |                 |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

Mantenimiento Preventivo Rotobombas

**SISTEMAS A UTILIZAR**

Se empleara equipo de medición de gases Si ☒ No ☐ Cual: MSA Altair  
Fecha calibración: 29/01/2024  
Se requiere autocontenido Si ☐ No ☒

| PRUEBAS A REALIZAR | ALARMA BAJA | ALARMA ALTA | LECTURA ANTES DE INGRESAR | LECTURA CON VENTILACIÓN |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| O2                 | 19.5% O2    | 23.5% O2    |                           |                         |
| CO                 | 0 PPM CO    | 25 PPM CO   |                           |                         |
| H2S                | 0 PPM H2S   | 10 PPM H2S  |                           |                         |
| INFLAMABILIDAD     | 0% LEL      | 10% LEL     |                           |                         |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)**

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL | <input type="checkbox"/>            |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                  | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

**PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)**

¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? ☒ SI ☐ NO ☐ NA



| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                |  |  |  | SI | NO | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|----|----|
| ¿Se ha revisado si hay presencia de tuberías y cableado de cualquier tipo?                                                         |  |  |  | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere de iluminación artificial, ésta deber ser antichispa.                              |  |  |  | X  |    |    |
| Se deben utilizar herramientas que no produzcan chispas o alimentadas a baja tensión.                                              |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El exposímetro y/o el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos?                                  |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El área esta libre de gases, presión, sustancias químicas, toxicas, combustibles e inflamables?                                   |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Existe una ventilación general adecuada?                                                                                          |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se requiere instalar sistemas de ventilación forzada?                                                                             |  |  |  | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere el corte de energía eléctrica/gas                                                  |  |  |  | X  |    |    |
| ¿En el área de trabajo se dispone de extintor?                                                                                     |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos?                                            |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Los equipos y/o herramientas se encuentran revisados y en buen estado?                                                            |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para la carga de objetos y otros materiales de trabajo?                                 |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos?                                                           |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa arnés de seguridad y se encuentra conectado a su respectiva línea de vida?                                      |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Al personal se le ha instruido en los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea?                            |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de un trabajador que acompañe y apoye en caso de emergencia, durante toda la actividad?                           |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El área de trabajo se ha señalizado, delimitado y aislado correctamente?                                                          |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?                                       |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se ha verificado la atmósfera y la dirección del viento?                                                                          |  |  |  | X  |    |    |
| Equipo de respiración autónomo/semiautónomo fue probado y se encuentra en buen estado y con registros de mantenimiento.            |  |  |  |    |    | X  |
| Se han realizado las verificaciones previas de los equipos de medida (funcionamiento).                                             |  |  |  | X  |    |    |
| El equipo de rescate se encuentra disponible, fue probado y en buen estado de mantenimiento y conservación.                        |  |  |  | X  |    |    |
| Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - CALIENTE - ELÉCTRICOS - EXCAVACIONES            |  |  |  | X  |    |    |
| Se elabora el Analisis de Trabajo seguro o APA (Analisis de peligros de la actividad), y se ha divulgado a todos los trabajadores? |  |  |  | X  |    |    |

| OBSERVACIONES |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
|               |  |  |  |

Andrés Ortega

NOMBRE QUIEN EMITE EL PERMISO

Andrés Ortega

FIRMA QUIEN EMITE EL PERMISO

|                                                                                               |  |  |  |           |                                    |            |                                  |                                  |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------|------------------------------------|------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? |  |  |  | SI        |                                    | NO         |                                  | NA                               |   |
|                                                                                               |  |  |  | X         |                                    |            |                                  |                                  |   |
| PREPARACIÓN DEL ÁREA (MARQUE CON X)                                                           |  |  |  |           |                                    |            |                                  |                                  |   |
| RIESGO DE CUERPO COMPLETO                                                                     |  |  |  | X         | KIT DE RESCATE                     |            | OTRO(S):                         |                                  |   |
| TASAS DE SEGURIDAD                                                                            |  |  |  | X         | DESCENDEDORES                      |            |                                  |                                  |   |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                       |  |  |  | X         | LÍNEA DE VIDA PORTÁTIL             |            | X                                | PROTECCIÓN RESPIRATORIA ESPECIAL |   |
| PROTECCIÓN AUDITIVA                                                                           |  |  |  | X         | ANCLAJE PORTÁTIL (FREE CP)         |            | ESCALERA TIERRA                  |                                  | X |
| JANTES                                                                                        |  |  |  | X         | MOSQUETÓN DE CIERRE AUTOMÁTICO     |            | ESCALERA EXTENSIBLE              |                                  |   |
| TASAS DE SEGURIDAD                                                                            |  |  |  | X         | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         |            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN |                                  |   |
| RIESGO CON BARRIDO                                                                            |  |  |  | X         | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS |            | AUTORRETRACTIL                   |                                  |   |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)        |  |  |  |           |                                    |            |                                  |                                  |   |
| INFLAMABILIDAD                                                                                |  |  |  | 0% LEL    |                                    | 10% LEL    |                                  |                                  |   |
| H2S                                                                                           |  |  |  | 0 PPM H2S |                                    | 10 PPM H2S |                                  |                                  |   |
| CO                                                                                            |  |  |  | 0 PPM CO  |                                    | 25 PPM CO  |                                  |                                  |   |
| O2                                                                                            |  |  |  | 19.5% O2  |                                    | 23.5% O2   |                                  |                                  |   |
| INGRESAR                                                                                      |  |  |  |           |                                    |            |                                  | VENTILACIÓN                      |   |



DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Portal Suba

FECHA VALIDEZ DEL PERMISO: 03 - 04 - 2024

HORA INICIO: 7:30 AM

HORA FINALIZACIÓN: 3:00 PM

ALTURA PROMEDIO: 5mts.

| PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |
|--------------------------------------|----------------|-----------|--------------------|-------|------------|----------------------------------------------|----|-----------------|
| NOMBRE                               | IDENTIFICACIÓN | CARGO     | ROL DEL TRABAJADOR |       |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |    | FIRMA           |
|                                      |                |           | ENTRANTE           | VIGÍA | SUPERVISOR | SI                                           | NO |                 |
|                                      |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |
| Andrés Ortega                        | 79638888       | Tec. Mto  |                    | X     |            | X                                            |    | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos                      | PP7 8615406    | Acc. Mto. | X                  |       |            | X                                            |    | Carlos Chirinos |
|                                      |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |
|                                      |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Reparación y Mantenimiento de Bombas de Agua

SISTEMAS A UTILIZAR

Se empleara equipo de medición de gases Si ☒ No ☐ Cual: MSA 4 Hais

Fecha calibración: 29/01/2024

Se requiere autocontenido Si ☐ No ☒

| PRUEBAS A REALIZAR | ALARMA BAJA | ALARMA ALTA | LECTURA ANTES DE INGRESAR | LECTURA CON VENTILACIÓN |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| O2                 | 19.5% O2    | 23.5% O2    |                           |                         |
| CO                 | 0 PPM CO    | 25 PPM CO   |                           |                         |
| H2S                | 0 PPM H2S   | 10 PPM H2S  |                           |                         |
| INFLAMABILIDAD     | 0% LEL      | 10% LEL     |                           |                         |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X) |                                     |                                    |                                     |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   |
| GAFAS DE SEGURIDAD                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN |
| GUANTES                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              |
| PROTECCION AUDITIVA                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL |
| BOTAS DE SEGURIDAD                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                  |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         |

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea?

☒ SI ☐ NO ☐ NA



| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                | SI | NO | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ¿Se ha revisado si hay presencia de tuberías y cableado de cualquier tipo?                                                         | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere de iluminación artificial, ésta deber ser antichispa.                              | X  |    |    |
| Se deben utilizar herramientas que no produzcan chispas o alimentadas a baja tensión.                                              | X  |    |    |
| ¿El exposímetro y/o el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos?                                  | X  |    |    |
| ¿El área esta libre de gases, presión, sustancias químicas, toxicas, combustibles e inflamables?                                   | X  |    |    |
| ¿Existe una ventilación general adecuada?                                                                                          | X  |    |    |
| ¿Se requiere instalar sistemas de ventilación forzada?                                                                             | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere el corte de energía eléctrica/gas                                                  | X  |    |    |
| ¿En el área de trabajo se dispone de extintor?                                                                                     | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos?                                            | X  |    |    |
| ¿Los equipos y/o herramientas se encuentran revisados y en buen estado?                                                            | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para la carga de objetos y otros materiales de trabajo?                                 | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos?                                                           | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa arnés de seguridad y se encuentra conectado a su respectiva línea de vida?                                      | X  |    |    |
| ¿Al personal se le ha instruido en los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea?                            | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de un trabajador que acompañe y apoye en caso de emergencia, durante toda la actividad?                           | X  |    |    |
| ¿El área de trabajo se ha señalizado, delimitado y aislado correctamente?                                                          | X  |    |    |
| ¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?                                       | X  |    |    |
| ¿Se ha verificado la atmósfera y la dirección del viento?                                                                          | X  |    |    |
| Equipo de respiración autónomo/semiautónomo fue probado y se encuentra en buen estado y con registros de mantenimiento.            |    |    | X  |
| Se han realizado las verificaciones previas de los equipos de medida (funcionamiento).                                             | X  |    |    |
| El equipo de rescate se encuentra disponible, fue probado y en buen estado de mantenimiento y conservación.                        | X  |    |    |
| Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - CALIENTE - ELÉCTRICOS - EXCAVACIONES            | X  |    |    |
| Se elabora el Analisis de Trabajo seguro o APA (Analisis de peligros de la actividad), y se ha divulgado a todos los trabajadores? | X  |    |    |
| OBSERVACIONES                                                                                                                      |    |    |    |
|                                                                                                                                    |    |    |    |

Andrés Ortega

NOMBRE QUIEN EMITE EL PERMISO

Andrés Ortega

FIRMA QUIEN EMITE EL PERMISO

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)         |   |                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------|----|
| CASCO CON BARBUERO                                                                             | X | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | X  |
| GAZAS DE SEGURIDAD                                                                             | X | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | X  |
| GUANTES                                                                                        | X | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | X  |
| PROTECCIÓN AUDITIVA                                                                            | X | ANCLAJE PORTATIL (TIE OR)          | X  |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA                                                                        | X | LÍNEA DE VIDA PORTATIL             | X  |
| RODAS DE SEGURIDAD                                                                             | X | DESCENDEDORES                      | X  |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO                                                                       | X | KIT DE RESCATE                     | X  |
| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                            |   |                                    |    |
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | SI                                 | NO |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
PERMISO DE TRABAJO ESPACIOS CONFINADOS

DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Portal 80 FECHA VALIDEZ DEL PERMISO: 05-04-2024  
HORA INICIO: 7:30 AM HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 5 mts.

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO     | ROL DEL TRABAJADOR |       |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |    | FIRMA           |
|-----------------|----------------|-----------|--------------------|-------|------------|----------------------------------------------|----|-----------------|
|                 |                |           | ENTRANTE           | VIGÍA | SUPERVISOR | SI                                           | NO |                 |
|                 |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |
| Andrés Ortega   | 79638388       | Tec. Mto. |                    | X     |            | X                                            |    | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | 777 5615406    | Sup. Mto. | X                  |       |            | X                                            |    | Carlos Chirinos |
|                 |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |
|                 |                |           |                    |       |            |                                              |    |                 |

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Mantenimiento Preventivo Rotobombas

SISTEMAS A UTILIZAR

Se empleara equipo de medición de gases Si ☒ No ☐ Cual: MSA Altair.  
Fecha calibración: 29/01/2024  
Se requiere autocontenido Si ☐ No ☒

| PRUEBAS A REALIZAR | ALARMA BAJA | ALARMA ALTA | LECTURA ANTES DE INGRESAR | LECTURA CON VENTILACIÓN |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| O2                 | 19.5% O2    | 23.5% O2    |                           |                         |
| CO                 | 0 PPM CO    | 25 PPM CO   |                           |                         |
| H2S                | 0 PPM H2S   | 10 PPM H2S  |                           |                         |
| INFLAMABILIDAD     | 0% LEL      | 10% LEL     |                           |                         |

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL | <input type="checkbox"/>            |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                  | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? SI ☒ NO ☐ NA ☐



| PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)                                                                                                |  |  |  | SI | NO | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|----|----|
| ¿Se ha revisado si hay presencia de tuberías y cableado de cualquier tipo?                                                         |  |  |  | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere de iluminación artificial, ésta deber ser antichispa.                              |  |  |  | X  |    |    |
| Se deben utilizar herramientas que no produzcan chispas o alimentadas a baja tensión.                                              |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El exposímetro y/o el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos?                                  |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El área esta libre de gases, presión, sustancias químicas, toxicas, combustibles e inflamables?                                   |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Existe una ventilación general adecuada?                                                                                          |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se requiere instalar sistemas de ventilación forzada?                                                                             |  |  |  | X  |    |    |
| Para el ingreso al lugar de trabajo se requiere el corte de energía eléctrica/gas                                                  |  |  |  | X  |    |    |
| ¿En el área de trabajo se dispone de extintor?                                                                                     |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos?                                            |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Los equipos y/o herramientas se encuentran revisados y en buen estado?                                                            |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para la carga de objetos y otros materiales de trabajo?                                 |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos?                                                           |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El trabajador usa arnés de seguridad y se encuentra conectado a su respectiva línea de vida?                                      |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Al personal se le ha instruido en los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea?                            |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se ha dispuesto de un trabajador que acompañe y apoye en caso de emergencia, durante toda la actividad?                           |  |  |  | X  |    |    |
| ¿El área de trabajo se ha señalizado, delimitado y aislado correctamente?                                                          |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?                                       |  |  |  | X  |    |    |
| ¿Se ha verificado la atmósfera y la dirección del viento?                                                                          |  |  |  | X  |    |    |
| Equipo de respiración autónomo/semiautónomo fue probado y se encuentra en buen estado y con registros de mantenimiento.            |  |  |  |    |    | X  |
| Se han realizado las verificaciones previas de los equipos de medida (funcionamiento).                                             |  |  |  | X  |    |    |
| El equipo de rescate se encuentra disponible, fue probado y en buen estado de mantenimiento y conservación.                        |  |  |  | X  |    |    |
| Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - CALIENTE - ELECTRICOS - EXCAVACIONES            |  |  |  | X  |    |    |
| Se elabora el Analisis de Trabajo seguro o APA (Analisis de peligros de la actividad), y se ha divulgado a todos los trabajadores? |  |  |  | X  |    |    |

OBSERVACIONES

Andrés Ortega

NOMBRE QUIEN EMITE EL PERMISO

Andrés Ortega

FIRMA QUIEN EMITE EL PERMISO



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO ESPACIOS CONFINADOS**

**DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO**

PROYECTO: Selección Puero Nacional FECHA VALIDEZ DEL 06-04-24  
HORA INICIO: 7:30 AM PERMISO: 5:00 PM ALTURA PROMEDIO: 4 mts  
HORA FINALIZACIÓN:

**PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES**

| NOMBRE          | IDENTIFICACIÓN | CARGO    | ROL DEL TRABAJADOR |       |            | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD |    | FIRMA           |
|-----------------|----------------|----------|--------------------|-------|------------|----------------------------------------------|----|-----------------|
|                 |                |          | ENTRANTE           | VIGÍA | SUPERVISOR | SI                                           | NO |                 |
|                 |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |
| Andrés Ortega   | 79638508       | Tec. Mto |                    | X     |            | X                                            |    | Andrés Ortega   |
| Carlos Chirinos | 8615406        | Tec. Mto | X                  |       |            | X                                            |    | Carlos Chirinos |
|                 |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |
|                 |                |          |                    |       |            |                                              |    |                 |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

Mantenimiento Preventivo Rotobombas

**SISTEMAS A UTILIZAR**

Se empleara equipo de medición de gases Si ☒ No ☐ Cual: MGA Affairs  
Fecha calibración: 29/01/2024  
Se requiere autocontenido Si ☐ No ☒

| PRUEBAS A REALIZAR | ALARMA BAJA | ALARMA ALTA | LECTURA ANTES DE INGRESAR | LECTURA CON VENTILACIÓN |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| O2                 | 19.5% O2    | 23.5% O2    |                           |                         |
| CO                 | 0 PPM CO    | 25 PPM CO   |                           |                         |
| H2S                | 0 PPM H2S   | 10 PPM H2S  |                           |                         |
| INFLAMABILIDAD     | 0% LEL      | 10% LEL     |                           |                         |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON X)**

|                          |                                     |                                    |                                     |                                  |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| CASCO CON BARBUQUEJO     | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS | <input type="checkbox"/>            | AUTORRETRACTIL                   | <input type="checkbox"/>            |
| GAFAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO         | <input type="checkbox"/>            | SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN | <input type="checkbox"/>            |
| GUANTES                  | <input checked="" type="checkbox"/> | MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO     | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA EXTENSIBLE              | <input type="checkbox"/>            |
| PROTECCION AUDITIVA      | <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)         | <input type="checkbox"/>            | ESCALERA TIJERA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PROTECCIÓN RESPIRATORIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA PORTATIL             | <input checked="" type="checkbox"/> | PROTECCION RESPIRATORIA ESPECIAL | <input type="checkbox"/>            |
| BOTAS DE SEGURIDAD       | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCENDEDORES                      | <input type="checkbox"/>            |                                  | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | <input checked="" type="checkbox"/> | KIT DE RESCATE                     | <input type="checkbox"/>            | OTRO(S):                         | <input type="checkbox"/>            |

**PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)**

¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? ☒ SI ☐ NO ☐ NA



[illegible]





**PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE**

Versión 8.0    SET-PT-27    ###

---

**1. SECCIÓN I - CAUSALES PARA LA SUSPENSIÓN DEL PERMISO:** LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL PERMISO. Indique otras causas si las hay:

**PROYECTO:** TRANSMILENIO

Permiso válido de: 00 18 MMM 3 AAA 2024 Hora: 6:00 a.m. a: 01 24 MMM 3 AAA 2024 Hora: 6:00 p.m.

Ubicación del sitio de trabajo: INSTALACIONES CLIENTE - BODEGA

Descripción del trabajo: CORTE Y SOLDADURA DE PIEZAS METÁLICAS ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES

| N° | NOMBRE            | CARGO | FIRMA          | N° | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|----|-------------------|-------|----------------|----|--------|-------|-------|
| 1  | Bonafelipe Machan | ACA   | <i>[Firma]</i> | 1  |        |       |       |
| 2  |                   |       |                | 2  |        |       |       |
| 3  |                   |       |                | 3  |        |       |       |
| 4  |                   |       |                | 4  |        |       |       |
| 5  |                   |       |                | 5  |        |       |       |
| 6  |                   |       |                | 6  |        |       |       |

**2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS TRABAJOS A REALIZAR:** CORTE Y SOLDADURA DE PIEZAS METÁLICAS ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES

**3. Enumere los tipos de herramientas y equipos requeridos:** EQUIPO DE SOLDADURA, PULIDORA

**4. El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores fueron notificados del trabajo a realizar:**

A- Aislar con cinta de peligro el área de la zona de trabajo ☒ SI ☐ NO ☐ N/A

B- Se ubicó la señalización pertinente al trabajo a realizar ☒ SI ☐ NO ☐ N/A

**Permisos de trabajo de área general (Aplica en todos los Permisos)**

| Verificar si se usan las siguientes herramientas o se realizan las siguientes tareas: | SI                                  | NO                       | N/A                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herramienta eléctrica o neumática                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo sobre cabeza / trabajo con proyección de partículas                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soldadura / corte por arco eléctrico                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Peligros físicos**

| Peligro físico                                | SI                                  | NO                       | N/A                      |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ruido                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actividades realizadas a mas de 2 m de altura | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Electricidad / Alta tensión                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Protección requerida (Elementos de protección personal)**

| Protección requerida                             | SI                                  | NO                       | N/A                      |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ropa                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Camisa de cuello y manga larga en drill          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pantalón industrial (drill)                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protección de pies y piernas                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Botas con suela resistente hidrocarburos / punte | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Botas dieléctricas                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barrera / Señales de advertencia                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pelero                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Precaución                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protección ocular                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arnés de:                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cinturón v/o bolso porta herramientas            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cabeza                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Casco de                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Casco de                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Plan emergencial:** ☐ SI ☒ NO ☐ N/A

**Precauciones tomadas por el responsable:**

---

**SECCIÓN II - TRABAJOS EN CALIENTE - Completar esta sección para realizar trabajos en caliente**

**ASPECTOS A VERIFICAR**

|                                                                                                                    | LUN                                 | MARTES                              | MIERCOLES                           | JUEVES                              | VIERNES                             | SABADO                              | DOMINGO                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se señalizó con cinta de peligro el área de la zona de trabajo                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se han instalado mamparas o cintas para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se realizó el ATS específico para la labor a realizar                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se comunico al equipo de trabajo el ATS respectivo (Adjuntar asistencia a la divulgación)                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se verifico que el equipo de soldadura, oxido o otros equipos a utilizar en la labor se encuentren en buen estado  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| La superficie donde se realizará la labor se encuentra libre de químicos, líquidos, gases u otro elemento que p... | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| La (s) persona (s) encargadas de ejecutar la labor ha (n) recibido instrucciones sobre las precauciones a segu...  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se requiere la presencia de una persona de seguridad o del comité de emergencia de la empresa durante la e...      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo (Peto, Mangas, Protección...    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso de trabajo y las personas que eje...  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| En caso de requerirse, se realizó el cierre y bloqueo de válvulas, salientes u otros elementos que se hayan en...  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| La persona asignada para realizar la tarea está en estado de alerta                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Presenta alguna anomalía en su estado de salud?                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se ha educado al personal los peligros y controles específicos del trabajo                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

---

**SECCIÓN III - TRABAJOS EN ALTURA - Completar esta sección para realizar trabajos en altura**

**ASPECTOS A VERIFICAR**

|                                                                                                                   | LUN                                 | MARTES                              | MIERCOLES                           | JUEVES                              | VIERNES                             | SABADO                              | DOMINGO                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se señalizó con cinta de peligro el área de la zona de trabajo                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se han instalado mamparas o cintas para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Las escaleras cumplen con la norma para la labor a desempeñar (dispositivos de seguridad mínimos)                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Los andamios y tabloneros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la tarea a...   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| El andamio está asegurado con escaleras de acceso y anclado a una estructura fija                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se mantiene libre la plataforma de trabajo                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| La (s) persona (s) encargadas de ejecutar la labor ha (n) recibido instrucciones sobre las precauciones a segu... | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se requiere la presencia de una persona de seguridad o del comité de emergencia de la empresa durante la e...     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |





**PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE**  
Versión 0,8 SST-PT-22

|                                                                                                                                                                                                   | SI             | NO             | NA             | SI             | NO                              | NA                             | SI | NO | NA | SI                                                                                                                            | NO | NA | SI | NO | NA | SI | NO | NA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------------|--------------------------------|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso de trabajo y las personas que ejecutaron los trabajos conocen y han diligenciado el permiso para trabajos en alturas | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda sujetarse                                                                        | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se debe colocar una "línea de vida" adicional                                                                                                                                                     | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El personal cuenta con el examen médico para trabajos en altura                                                                                                                                   | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La persona asignada para realizar la tarea está en estado de alcoholamiento                                                                                                                       | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presenta alguna anomalía en su estado de salud                                                                                                                                                    | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se ha explicado al personal los peligros y controles específicos del trabajo                                                                                                                      | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conocen los trabajadores el procedimiento de trabajo seguro en alturas                                                                                                                            | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los esp. contra caídas están en buenas condiciones y libres de remiendos, nudos o uniones                                                                                                         | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El personal que participará es físicamente apto y está capacitado para trabajo en alturas                                                                                                         | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El arnés a utilizar es de material sintético con capacidad de 5000 lbs, es de cuerpo entero y mosquetones de acero                                                                                | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La eslinga del arnés tiene sistema de absorción de choque                                                                                                                                         | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La eslinga del arnés está anclada a un soporte diferente a la estructura donde se van a para los trabajadores                                                                                     | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El área de trabajo está señalizada y aislada                                                                                                                                                      | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TRABAJOS CON ANDAMIOS</b>                                                                                                                                                                      |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El terreno donde se apoya el andamio es firme                                                                                                                                                     | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se aseguró el andamio                                                                                                                                                                             | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los tabloncillos sobresalen de los apoyos lo suficiente de cada lado                                                                                                                              | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se sujetan los tabloncillos a la estructura del andamio para evitar aberturas                                                                                                                     | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se instalaron las barandas perimetrales en la plataforma de trabajo                                                                                                                               | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los tabloncillos y plataformas de trabajo se encuentran en buen estado                                                                                                                            | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En caso contrario, se instaló línea de vida                                                                                                                                                       | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los tabloncillos están libres de grietas y nudos                                                                                                                                                  | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los tabloncillos se traslapan al menos 20 cms en las uniones                                                                                                                                      | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La plataforma de trabajo es del ancho suficiente                                                                                                                                                  | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El andamio se encuentra bien nivelado                                                                                                                                                             | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TRABAJOS CON ESCALERAS</b>                                                                                                                                                                     |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La escalera es adecuada para el trabajo a realizar                                                                                                                                                | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Las superficies de apoyo de la escalera son firmes y regulares                                                                                                                                    | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La escalera se encuentra en buen estado                                                                                                                                                           | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se fijó la escalera en la parte superior                                                                                                                                                          | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La inclinación de la escalera es adecuada                                                                                                                                                         | X              |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>7 SECCIÓN IV- TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS - Completar esta sección para realizar trabajos en espacios confinados</b>                                                                       |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CONDICIONES A CONTROLAR</b>                                                                                                                                                                    |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Origenación del área: Menor o igual a 10% <input type="checkbox"/> Mayor o igual 23% <input type="checkbox"/>                                                                                  |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. La iluminación es adecuada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                            |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Gases o vapores tóxicos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                               |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Exposición a choque eléctrico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Gases o vapores inflamables: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                           |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Riesgo atrapamiento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                   |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Exposición a ruido: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                    |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Otros (anote):                                                                                                                                                                                 |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ASPECTOS A VERIFICAR</b>                                                                                                                                                                       |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Existen los medios seguros de acceso al sitio de trabajo                                                                                                                                          |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con un medio de comunicación entre los trabajadores y el vigilante                                                                                                                      |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizó aislamiento necesario para impedir entradas y salidas de fluido                                                                                                                           |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El área se ha delimitado para evitar el acceso de personal no autorizado                                                                                                                          |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Están calibrados los eq. de prueba atmosférica y funcionan correctamente                                                                                                                          |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los equipos de iluminación y comunicación son a prueba de explosión                                                                                                                               |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se realizó la medición de la atmósfera (oxígeno, explosiva, tóxica y tóxica)                                                                                                                      |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Están disponibles los aparatos de respiración autónoma para el vigilante                                                                                                                          |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuenta con arneses, cuerdas, extintores y otros elementos para atender emerg.                                                                                                                     |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Las mediciones atmosféricas de sust. tóxicas están por debajo de los TLV                                                                                                                          |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Es necesario cortar el suministro de gas/energía eléctrica/mecánica                                                                                                                               |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El Operario fue entrenado para la utilización de equipos autónomos                                                                                                                                |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los operarios del área conocen el uso del equipo autónomo                                                                                                                                         |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuenta con señalización de peligro acorde al trabajo a realizar                                                                                                                                   |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con vigas de entrada                                                                                                                                                                    |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con los EPP acordes a la actividad                                                                                                                                                      |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Esta disponible la ventilación forzada                                                                                                                                                            |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No hay presencia visible de neblina de aceite                                                                                                                                                     |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oxígeno entre 20.5 y 22.5 %                                                                                                                                                                       |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Están claras las condiciones para cancelar el permiso                                                                                                                                             |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La iluminación portátil es anti-explosiva                                                                                                                                                         |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Es necesario cortar la energía eléctrica                                                                                                                                                          |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>8 SECCIÓN IV- TRABAJOS ELÉCTRICOS - Completar esta sección para realizar trabajos eléctricos</b>                                                                                               |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ASPECTOS A VERIFICAR</b>                                                                                                                                                                       |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se han realizado el corte visible de las posibles fuentes de tensión                                                                                                                              |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se realizó la puesta a tierra o corto circuito (de ser necesario)                                                                                                                                 |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se instalaron las señales de advertencia necesarias                                                                                                                                               |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se realizó el bloqueo o enclavamiento en los puntos de corte                                                                                                                                      |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se verificó con el multímetro la ausencia de tensión                                                                                                                                              |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Están disponibles los EPP y equipos necesarios                                                                                                                                                    |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DILIGENCIAR PARA LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                               |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>VALIDACIÓN</b>                                                                                                                                                                                 |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    | <b>QUE QUIER AUTORIZAR EL INICIO DEL TRABAJO ( Este campo es diligenciado por el Ingeniero Residente o supervisor o SST.)</b> |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                             | SOLICITA       | FIRMA          | AUTORIZA       | FIRMA          | Nombre:                         | MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19/02/2024                                                                                                                                                                                        | Felipe Merchan | <i>[Firma]</i> | MARIA FERNANDA | MARIA FERNANDA | Cargo:                          | PROFESIONAL SST                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19/02/24                                                                                                                                                                                          | Felipe Merchan | <i>[Firma]</i> | Maria          | Maria          | Firma:                          |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20/04/24                                                                                                                                                                                          | Felipe Merchan | <i>[Firma]</i> | Maria          | Maria          | <b>OBSERVACIONES GENERALES:</b> |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21/04/24                                                                                                                                                                                          | Felipe Merchan | <i>[Firma]</i> | Maria          | Maria          |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21/04/24                                                                                                                                                                                          | Felipe Merchan | <i>[Firma]</i> | Maria          | Maria          |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23/04/24                                                                                                                                                                                          | Felipe Merchan | <i>[Firma]</i> | Maria          | Maria          |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28/04/24                                                                                                                                                                                          | Felipe Merchan | <i>[Firma]</i> | Maria          | Maria          |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28/04/24                                                                                                                                                                                          | Felipe Merchan | <i>[Firma]</i> | Maria          | Maria          |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>9. OBSERVACIONES ADICIONALES AL ABRIR EL PERMISO:</b>                                                                                                                                          |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>10. OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO Y CONSIDERACIONES PARA EL DIA SIGUIENTE</b>                                                                                                 |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TRABAJO TERMINADO                                                                                                                                                                                 |                |                |                |                |                                 |                                |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





**PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE**  
Permisos de Trabajo en Caliente

Versión 0.0  
**SST-FT-22**  
000

---

**1. SECCIÓN I - CAUSALES PARA LA SUSPENSIÓN DEL PERMISO:** LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESO DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO. Indique otras causas si las hay:

**PROYECTO:** **TRANSMILENIO**

Permiso válido de: **00 25** **MMM 3** **AAAA 2024** Hora: **6:00 a. m.** a: **31** **MMM 3** **AAAA 2024** Hora: **6:00 p. m.**

Ubicación del sitio de trabajo: **INSTALACIONES CLIENTE - BODEGA**

Descripción del trabajo: **CORTE Y SOLDADURA DE PIEZAS METÁLICAS ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES**

| Nº | NOMBRE                    | CARGO | FIRMA  | Nº | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|----|---------------------------|-------|--------|----|--------|-------|-------|
| 1  | JUAN ENILIO MEGOMI GARCIA |       | Enilio | 2  |        |       |       |
| 3  |                           |       |        | 4  |        |       |       |
| 5  |                           |       |        | 6  |        |       |       |
| 7  |                           |       |        | 8  |        |       |       |
| 9  |                           |       |        | 10 |        |       |       |
| 11 |                           |       |        | 12 |        |       |       |

**2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS TRABAJOS A REALIZAR:** **CORTE Y SOLDADURA DE PIEZAS METÁLICAS ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES**

2. Enumere los tipos de herramientas y equipos requeridos: **EQUIPO DE SOLDADURA PULIDORA**

4. El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores fueron notificados del trabajo a realizar:

☒ SI ☐ NO ☐ N/A

A.- Aislar con cinta de peligro el área de la zona de trabajo

☒ SI ☐ NO ☐ N/A

B.- Se ubicó la señalización pertinente al trabajo a realizar

☒ SI ☐ NO ☐ N/A

**Permisos de trabajo de área general (Aplica en todos los Permisos)**

| Verificar si se usan las siguientes herramientas o se realizan las siguientes tareas: | SI                                  | NO | N/A |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-----|
| Herramienta eléctrica o neumática                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Trabajo sobre cabeza / trabajo con proyección de partículas                           | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Soldadura / corte por arco eléctrico                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |

| Verificar si se usan las siguientes herramientas o se realizan las siguientes tareas: | SI                                  | NO | N/A |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-----|
| Elevación de personas                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Soldadura / corte oxy-gas                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| combustibles                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Espacios confinados                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Trabajo manual                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Operaciones de Equipos Eléctricos                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Otros:                                                                                |                                     |    |     |

**Peligros físicos**

| Peligro                                       | SI                                  | NO | N/A |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|----|-----|
| Ruido                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Material particulado                          | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Proyección de partículas                      | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Actividades realizadas a mas de 2 m de altura | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Estrés por calor                              | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Radiación no ionizante                        | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Electricidad / Alta tensión                   | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Atrapamiento                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Otros:                                        |                                     |    |     |

**Protección requerida (Elementos de protección personal)**

| Protección de pies y piernas                     | SI                                  | NO | N/A |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-----|
| Botas con suela resistente hidrocarburos / punte | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Botas dieléctricas                               | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Protección respiratoria                          | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Mascarilla de cara completa                      | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Semimascarilla                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Mascarilla para canchales y m                    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Mascarilla gama alta y soldad                    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Barrera / Señales de advertencia                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Pelero                                           | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Precaución                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Otros:                                           |                                     |    |     |
| Guantes                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Guantes tipo soldador                            | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Nitrilo p/lo. Comb                               | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Diéctricos                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Resistencia al calor                             | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Carnaza                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Trabajos en agua                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Vaqueta                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Otros:                                           |                                     |    |     |
| Cabeza                                           | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Casco de                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Casco de                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| Otros:                                           |                                     |    |     |

**Plan emergencias:**

**Precauciones tomadas por el responsable:**

**SECCIÓN II - TRABAJOS EN CALIENTE - Completar esta sección para realizar trabajos en caliente**

| ASPECTOS A VERIFICAR                                                                                              | LUN                                 |    | MARTES                              |    | MIÉRCOLES                           |    | JUEVES                              |    | VIERNES                             |    | SÁBADO                              |    | DOMINGO                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|
|                                                                                                                   | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO |
| El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se señaló con cinta de peligro el área de la zona de trabajo                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se han instalado mamparas o cintas para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas              | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones                                            | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se realizó el ATS específico para la labor a realizar                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se comunicó al equipo de trabajo el ATS respectivo (Adjuntar asistencia a la divulgación)                         | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se verificó que el equipo de soldadura, corte o otros equipos a utilizar en la labor se encuentren en buen estado | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| La superficie donde se realizará la labor se encuentra libre de químicos, líquidos, gases u otro elemento que p   | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| La (s) persona (s) encargadas de ejecutar la labor ha (n) recibido instrucciones sobre las precauciones a segu    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se requiere la presencia de una persona de seguridad o del comité de emergencia de la empresa durante la e        | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo (Pelo, Mangas, Protección      | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso de trabajo y las personas que eje    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| En caso de requerirse, se realizó el cierre y bloqueo de válvulas, salientes u otros elementos que se hayan en    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| La persona asignada para realizar la tarea está en estado de alerta                                               | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Presenta alguna anomalía en su estado de salud?                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se ha evaluado al personal por riesgos y controles específicos del trabajo                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |

**SECCIÓN III - TRABAJOS EN ALTURA - Completar esta sección para realizar trabajos en altura**

| ASPECTOS A VERIFICAR                                                                                           | LUN                                 |    | MARTES                              |    | MIÉRCOLES                           |    | JUEVES                              |    | VIERNES                             |    | SÁBADO                              |    | DOMINGO                             |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|
|                                                                                                                | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                  | NO |
| El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se señaló con cinta de peligro el área de la zona de trabajo                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se han instalado mamparas o cintas para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas           | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Las escaleras cumplen con la norma para la labor a desempeñar (dispositivos de seguridad mínimos)              | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Los andamios y tabloneros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la tarea a   | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| El andamio está asegurado con escaleras de acceso y anclado a una estructura fija                              | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se mantiene libre la plataforma de trabajo                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| La (s) persona (s) encargadas de ejecutar la labor ha (n) recibido instrucciones sobre las precauciones a segu | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se requiere la presencia de una persona de seguridad o del comité de emergencia de la empresa durante la e     | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo                             | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |





**PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE**

Versión 0,8    SST-FT-22    000

---

Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso de trabajo y las personas que ejecutaron los trabajos:

Los contratistas conocen y han diligenciado el permiso para trabajos en alturas

El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda adherirse

Se debe colocar una línea de vida adicional

El personal cuenta con el examen médico para trabajos en altura

La persona asignada para realizar la tarea está en estado de alerta y alerta

Presenta alguna anomalía en su estado de salud?

Se ha explicado al personal los riesgos y controles específicos del trabajo

Conocen los trabajadores el procedimiento de trabajo seguro en alturas

Los EPP contra caídas están en buenas condiciones y libres de remiendos, nudos o uniones

El personal que participará es físicamente apto y está capacitado para trabajo en alturas

El arnés a utilizar es de material sintético con capacidad de 5000 lbs, es de cuerpo entero y mosquetones de acero

La eslinga del arnés tiene sistema de absorción de choque

La eslinga del arnés está anclada a un soporte diferente a la estructura donde se van a para los trabajadores

El área de trabajo está señalizada y aislada

**TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS**

El terreno donde se apoya el andamio es firme

Se aseguró el andamio

Los tabloncillos sobresalen de los apoyos lo suficiente de cada lado

Se sujetan los tabloncillos a la estructura del andamio para evitar aberturas

Se instalaron las barandas perimetrales en la plataforma de trabajo

Los tabloncillos y plataformas de trabajo se encuentran en buen estado

En caso contrario, se instaló línea de vida

Los tabloncillos están libres de grietas y nudos

Los tabloncillos se traspasan al menos 20 cms en las uniones

La plataforma de trabajo es del ancho suficiente

El andamio se encuentra bien nivelado

**TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS**

La escalera es adecuada para el trabajo a realizar

Las superficies de apoyo de la escalera son firmes y regulares

La escalera se encuentra en buen estado

Se fijó la escalera en la parte superior

La inclinación de la escalera es adecuada

|                                                                                                                                     | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso de trabajo y las personas que ejecutaron los trabajos: | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| Los contratistas conocen y han diligenciado el permiso para trabajos en alturas                                                     | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda adherirse          | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| Se debe colocar una línea de vida adicional                                                                                         | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| El personal cuenta con el examen médico para trabajos en altura                                                                     | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| La persona asignada para realizar la tarea está en estado de alerta y alerta                                                        | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| Presenta alguna anomalía en su estado de salud?                                                                                     | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| Se ha explicado al personal los riesgos y controles específicos del trabajo                                                         | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| Conocen los trabajadores el procedimiento de trabajo seguro en alturas                                                              | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| Los EPP contra caídas están en buenas condiciones y libres de remiendos, nudos o uniones                                            | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| El personal que participará es físicamente apto y está capacitado para trabajo en alturas                                           | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| El arnés a utilizar es de material sintético con capacidad de 5000 lbs, es de cuerpo entero y mosquetones de acero                  | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| La eslinga del arnés tiene sistema de absorción de choque                                                                           | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| La eslinga del arnés está anclada a un soporte diferente a la estructura donde se van a para los trabajadores                       | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |
| El área de trabajo está señalizada y aislada                                                                                        | X  |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |

---

**7 SECCIÓN IV- TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS - Completar esta sección para realizar trabajos en espacios confinados**

CONDICIONES A CONTROLAR

1. Oxigenación del área: Menor o igual a 19% ☐ Mayor o igual 23% ☐ Condiciones seguras: SI ☐ NO ☐

2. La iluminación es adecuada: SI ☐ NO ☐ 4. Exposición a choque eléctrico: SI ☐ NO ☐ 6. Riesgo atrapamiento: SI ☐ NO ☐

3. Gases o vapores tóxicos: SI ☐ NO ☐ 5. Gases o vapores inflamables: SI ☐ NO ☐ 7. Exposición a ruido: SI ☐ NO ☐

8. Otros (anote):

|                                                                                    | LUN   | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Existen los medios seguros de acceso al sitio de trabajo                           | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Se cuenta con un medio de comunicación entre los trabajadores y el vigilante       | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Realizado aislamiento necesario para impedir entradas y salidas de fluido          | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| El área se ha delimitado para evitar el acceso de personal no autorizado           | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Están calibrados los equipos de prueba atmosférica y funcionan correctamente       | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Los equipos de iluminación y comunicación son a prueba de explosión                | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Se realizó la medición de la atmósfera (oxígeno, explosiva, tóxica, y tóxica)      | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Están disponibles los aparatos de respiración autónoma para el vigilante           | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Cuenta con arneses, cuerdas, extintores y otros elementos para atender emergencias | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Las mediciones atmosféricas de sust. tóxicas están por debajo de los TLV           | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Es necesario cortar el suministro de gas/energía eléctrica/mecánica                | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| El Operario fue entrenado para la utilización de equipos autónomos                 | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Los operarios del área conocen el uso del equipo autónomo                          | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Cuenta con señalización de peligro acorde al trabajo a realizar                    | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Se cuenta con vigas de entrada                                                     | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Se cuenta con los EPP acordes a la actividad                                       | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Esta disponible la ventilación forzada                                             | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| No hay presencia visible de neblina de aceite                                      | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Oxígeno entre 20.5 y 22.5 %                                                        | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Están claras las condiciones para cancelar el permiso                              | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| La iluminación portátil es anti-explosiva                                          | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Es necesario cortar la energía eléctrica                                           | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |

---

**8 SECCIÓN IV- TRABAJOS ELÉCTRICOS - Completar esta sección para realizar trabajos eléctricos**

**ASPECTOS A VERIFICAR**

Se han realizado el corte visible de las posibles fuentes de tensión

Se realizó la puesta a tierra o corto circuito (de ser necesario)

Se instalaron las señales de advertencia necesarias

Se realizó el bloqueo o enclavamiento en los puntos de corte

Se verificó con el multimetro la ausencia de tensión

Están disponibles los EPP y equipos necesarios

|                                                                      | LUN   | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|----------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Se han realizado el corte visible de las posibles fuentes de tensión | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Se realizó la puesta a tierra o corto circuito (de ser necesario)    | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Se instalaron las señales de advertencia necesarias                  | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Se realizó el bloqueo o enclavamiento en los puntos de corte         | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Se verificó con el multimetro la ausencia de tensión                 | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |
| Están disponibles los EPP y equipos necesarios                       | SI/NO | SI/NO  | SI/NO     | SI/NO  | SI/NO   | SI/NO  | SI/NO   |

---

**VALIDACIÓN**

| FECHA      | SOLICITA       | FIRMA  | AUTORIZA       | FIRMA          |
|------------|----------------|--------|----------------|----------------|
| 25-03-2024 | EMILIO MERCHAN | EMILIO | MARIA FERNANDA | MARIA FERNANDA |
| 26-03-24   | EMILIO MERCHAN | EMILIO | MARIA F.       | MARIA F.       |
| 27-03-24   | EMILIO MERCHAN | EMILIO | MARIA F.       | MARIA F.       |
| 28-03-24   | EMILIO MERCHAN | EMILIO | MARIA F.       | MARIA F.       |
| 29-03-24   | EMILIO MERCHAN | EMILIO | MARIA F.       | MARIA F.       |
| 30-03-24   | EMILIO MERCHAN | EMILIO | MARIA F.       | MARIA F.       |

**DILIGENCIAR PARA LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO**

QUEM AUTORIZA EL INICIO DEL TRABAJO (Este campo es diligenciado por el Ingeniero Residente o supervisor a SST.)

Nombre: MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO

Cargo: PROFESIONAL SST

Firma: *Maria Fernanda Merchan P*

OBSERVACIONES GENERALES:

---

9. OBSERVACIONES ADICIONALES AL ABRIR EL PERMISO:

10. OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO Y CONSIDERACIONES PARA EL DIA SIGUIENTE

---

TRABAJO TERMINADO

00

MMW

AAA





## PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

Versión 0,0

SET-FT-22

000

SECCIÓN 1 - CARGALES PARA LA SUSPENSIÓN DEL PERMISO: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESO DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL PERMISO. Indique cómo cancela el día hoy:

## TRANSMILENIO

Nombre del día de: DO 8 MMM 4 AAAA 2024 Hora: 6:00 a. m. a. DI 14 MMM 4 AAAA 2024 Hora: 6:00 p. m.

Nombre del día de trabajo: INSTALACIONES CLIENTE - BODEGA

Naturaleza del trabajo: CORTE Y SOLDADURA DE PIEZAS METÁLICAS ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES

| Responsable Adicional: | NOMBRE        | CARGO    | FIRMA   | Nº | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|------------------------|---------------|----------|---------|----|--------|-------|-------|
|                        | Shon Sandoval | Soldador | [Firma] | 1  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 2  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 3  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 4  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 5  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 6  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 7  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 8  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 9  |        |       |       |
|                        |               |          |         | 10 |        |       |       |
|                        |               |          |         | 11 |        |       |       |
|                        |               |          |         | 12 |        |       |       |

## DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS TRABAJOS A REALIZAR:

CORTE Y SOLDADURA DE PIEZAS METÁLICAS ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES

Enumere los tipos de herramientas y equipos requeridos:

EQUIPO DE SOLDADURA PULIDORA

El personal al que potencialmente afectado y los trabajadores fueron notificados del trabajo a realizar:

A.- Asir en cuenta de peligro el área de la zona de trabajo

SI NO N/A

B.- Se ubicó la señalización pertinente al trabajo a realizar

SI NO N/A

Permisos de trabajo de área general (Aplica en todos los Permisos)

Indicar si se usaron las siguientes herramientas o se realizaron las siguientes tareas:

Tratamiento eléctrico o neumático

X

Elevación de personas

X

Trabajo manual

X

Trabajo sobre cables / trabajo con proyección de partículas

X

Soldadura / corte oxy-gas

X

Operaciones de Equipos

X

Soldadura / corte por arco eléctrico

X

Espacios confinados

Otros

Peligros reales

Judo

X

Material particulado

X

Proyección de partículas

X

Actividades realizadas a más de 2 m de altura

X

Estrés por calor

X

Radiación no ionizante

X

Actividad / Alta tensión

X

Atrapamiento

X

Otros

Protección requerida (Elementos de protección personal)

ropa  
protección de cuello y manos largas en drill  
protección industrial  
ropa

X

Protección de pies y piernas

Batas con suela resistente hidrocarburos / cante

Barrera / Señales de advertencia

Otros:

Protección de cabeza y rostro

X

Protección auditiva

Tipo inserción

Protección facial

Antes de:

Protección de manos y brazos

X

Tipo copa

Tipo moldeado

Cinturón y/o bolso porta herramientas

Cabeza

Protección de ojos

X

Protección respiratoria

Mascarilla para canchales y m

Nitroliq. Combust

Resistencia al calor

Protección de manos

X

Semimascarilla

Camuflaje

Trabajos en agua

Otros

Protección de pies

X

Mascarilla gama alta y soldad

Vaqueta

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X

Protección de pies

X





**PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE**

Versión 0,0      SST-FT-22      ###

|                                                                                                                                                                                                   | SI                                                                                      | NO      | NA             | SI             | NO                       | NA                             | SI | NO | NA | SI                                                                                                               | NO                                                                                        | NA | SI | NO | NA | SI | NO | NA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso de trabajo y las personas que ejecutaran los trabajos conocen y han diligenciado el permiso para trabajos en alturas | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda sujetarse                                                                        | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se debe colocar una "línea de vida" adicional                                                                                                                                                     | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El personal cuenta con el examen médico para trabajos en altura                                                                                                                                   | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Una persona asignada para realizar la tarea está en estado de alerta                                                                                                                              | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presenta alguna anomalía en su estado de salud?                                                                                                                                                   | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se ha explicado al personal los peligros y controles específicos del trabajo                                                                                                                      | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conocen los trabajadores el procedimiento de trabajo seguro en alturas                                                                                                                            | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los EPP contra caídas están en buenas condiciones y libres de remiendos, nudos o uniones                                                                                                          | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El personal que participará es físicamente apto y está capacitado para trabajo en alturas                                                                                                         | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El arnés a utilizar es de material sintético con capacidad de 5000 lbs. es de cuerpo entero y mosquetones de acero                                                                                | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La eslinga del arnés tiene sistema de absorción de choque                                                                                                                                         | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La eslinga del arnés está anclada a un soporte diferente a la estructura donde se van a para los trabajadores                                                                                     | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El área de trabajo está señalizada y aislada                                                                                                                                                      | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TRABAJOS CON ANDAMIOS</b>                                                                                                                                                                      |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El terreno donde se apoya el andamio es firme                                                                                                                                                     | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se aseguró el andamio                                                                                                                                                                             | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los tabloncillos sobresalen de los apoyos lo suficiente de cada lado                                                                                                                              | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se sujetan los tabloncillos a la estructura del andamio para evitar aberturas                                                                                                                     | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se instalaron las barandas perimetrales en la plataforma de trabajo                                                                                                                               | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los tabloncillos y plataformas de trabajo se encuentran en buen estado                                                                                                                            | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En caso contrario, se instaló línea de vida                                                                                                                                                       | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los tabloncillos están libres de grietas y nudos                                                                                                                                                  | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los tabloncillos se traslapan al menos 20 cms en las uniones                                                                                                                                      | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La plataforma de trabajo es del ancho suficiente                                                                                                                                                  | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El andamio se encuentra bien nivelado                                                                                                                                                             | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TRABAJOS CON ESCALERAS</b>                                                                                                                                                                     |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La escalera es adecuada para el trabajo a realizar                                                                                                                                                | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Las superficies de apoyo de la escalera son firmes y regulares                                                                                                                                    | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La escalera se encuentra en buen estado                                                                                                                                                           | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se usó la escalera en la parte superior                                                                                                                                                           | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La inclinación de la escalera es adecuada                                                                                                                                                         | X                                                                                       |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>7. SECCIÓN N- TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS - Completar esta sección para realizar trabajos en espacios confinados</b>                                                                       |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONDICIONES A CONTROLAR                                                                                                                                                                           |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Oxigenación del área:                                                                                                                                                                          | Menor o igual a 10% <input type="checkbox"/> Mayor o igual 23% <input type="checkbox"/> |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  | Condiciones seguras <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                  |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. La iluminación es adecuada:                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                 |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  | 4. Exposición a choque eléctrico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Gases o vapores tóxicos:                                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                 |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  | 5. Gases o vapores inflamables: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Otros (especificar):                                                                                                                                                                           |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  | 7. Exposición a ruido: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ASPECTOS A VERIFICAR</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Existen los medios seguros de acceso al sitio de trabajo                                                                                                                                          | LUN MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO                                      |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con un medio de comunicación entre los trabajadores y el vigilante                                                                                                                      |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizó aislamiento necesario para impedir entradas y salidas de fluido                                                                                                                           |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El área se ha delimitado para evitar el acceso de personal no autorizado                                                                                                                          |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Están calibrados los equipos de prueba atmosférica y funcionan correctamente                                                                                                                      |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los equipos de iluminación y comunicación son a prueba de explosión                                                                                                                               |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se realizó la medición de la atmósfera (oxígeno, explosiva, tóxica y tóxica)                                                                                                                      |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Están disponibles los aparatos de respiración autónoma para el vigilante                                                                                                                          |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuenta con arneses, cuerdas, extintores y otros elementos para atender emergencias                                                                                                                |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Las mediciones atmosféricas de sustancias tóxicas están por debajo de los TLV                                                                                                                     |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Es necesario cortar el suministro de gas/energía eléctrica/mecánica                                                                                                                               |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El Operario fue entrenado para la utilización de equipos autónomos                                                                                                                                |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los operarios del área conocen el uso del equipo autónomo                                                                                                                                         |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cumple con señalización de peligro acorde al trabajo a realizar                                                                                                                                   |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con vigías de entrada                                                                                                                                                                   |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con los EPP acordes a la actividad                                                                                                                                                      |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Esta disponible la ventilación forzada                                                                                                                                                            |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No hay presencia visible de neblina de aceite                                                                                                                                                     |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oxígeno entre 20.5 y 22.5 %                                                                                                                                                                       |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Están claras las condiciones para cancelar el permiso                                                                                                                                             |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La iluminación portátil es anti-estática                                                                                                                                                          |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Es necesario cortar la energía eléctrica                                                                                                                                                          |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>8. SECCIÓN N- TRABAJOS ELÉCTRICOS - Completar esta sección para realizar trabajos eléctricos</b>                                                                                               |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ASPECTOS A VERIFICAR</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se han realizado el corte visible de las posibles fuentes de tensión                                                                                                                              | LUN MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO                                      |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se realizó la puesta a tierra o corto circuito (de ser necesario)                                                                                                                                 |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se instalaron las señales de advertencia necesarias                                                                                                                                               |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se realizó el bloqueo o enclavamiento en los puntos de corte                                                                                                                                      |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se verificó con el multimetro la ausencia de tensión                                                                                                                                              |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Están disponibles los EPP y equipos necesarios                                                                                                                                                    |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DILIGENCIAR PARA LA AUTORIZACIÓN DEL PERMISO                                                                                                                                                      |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VALIDACIÓN                                                                                                                                                                                        |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    | QUEM AUTORIZA EL INICIO DEL TRABAJO ( Este campo es diligenciado por el Ingeniero Residente o supervisor o SST ) |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                             | SOLICITA                                                                                | FIRMA   | AUTORIZA       | FIRMA          | Nombre:                  | MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8/04/2024                                                                                                                                                                                         | JHON SANDOVAL                                                                           | [Firma] | MARIA FERNANDA | MARIA FERNANDA | Cargo:                   | PROFESIONAL SST                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9/04/2024                                                                                                                                                                                         | JHON SANDOVAL                                                                           | [Firma] | maria fernanda | maria fernanda | Firma:                   | MARIA F MERCHAN                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10/04/2024                                                                                                                                                                                        | JHON SANDOVAL                                                                           | [Firma] | maria fernanda | maria fernanda | OBSERVACIONES GENERALES: |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11/04/2024                                                                                                                                                                                        | JHON SANDOVAL                                                                           | [Firma] | maria fernanda | maria fernanda |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12/04/2024                                                                                                                                                                                        | JHON SANDOVAL                                                                           | [Firma] | maria fernanda | maria fernanda |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13/04/2024                                                                                                                                                                                        | JHON SANDOVAL                                                                           | [Firma] | maria fernanda | maria fernanda |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15/04/2024                                                                                                                                                                                        | JHON SANDOVAL                                                                           | [Firma] | maria fernanda | maria fernanda |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>9. OBSERVACIONES ADICIONALES AL ABRIR EL PERMISO:</b>                                                                                                                                          |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>10. OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO Y CONSIDERACIONES PARA EL DIA SIGUIENTE:</b>                                                                                                |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>TRABAJO TERMINADO</span> <span>DD</span> <span>MM</span> <span>AAAA</span> </div>                                              |                                                                                         |         |                |                |                          |                                |    |    |    |                                                                                                                  |                                                                                           |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|                                                                                   |                                                                                                      |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS</b> | <b>VERSIÓN: 01</b>        |
|                                                                                   |                                                                                                      | <b>FECHA: 15-mar-2024</b> |

**PROYECTO:** Transmilenio      **FECHA INICIO:** 25/03/2024      **FECHA FIN:** 30/03/2024

| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                         |                                                               |                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|
| DESCRIPCIÓN                                         | HERRAMIENTAS Y EQUIPOS                                        | ALTURAS MÁXIMAS |
| Cambio de luminarias tipo poste en las transiciones | Arnes, Eslinga, Línea de vida, Escalera, herramienta de mano, | 8 mts           |

| PERSONAL QUE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD |                |                                                 |                                        |    |             |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|----|-------------|
| NOMBRE Y APELLIDO                   | IDENTIFICACIÓN | CARGO/ROL(Coordinador, vigía, autorizado, etc.) | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE |    | FIRMA       |
|                                     |                |                                                 | SI                                     | NO |             |
| James Ivan Barahona Jamaica         | 1030603485     | Técnico oficial                                 | x                                      |    | JAMES       |
| Pablo Cesar Martinez Beltran        | 80003364       | Técnico auxiliar                                | x                                      |    | Pablo Cesar |
| Edgar Jesus Hernandez Ortiz         | 1010197400     | Director de ingeniería, coordinador             | x                                      |    | Edgar       |
|                                     |                |                                                 |                                        |    |             |
|                                     |                |                                                 |                                        |    |             |

| EQUIPO A EMPLEAR        |                                     |                            |                                     |                                 |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Overol                  | <input type="checkbox"/>            | Guantes de seguridad       | <input checked="" type="checkbox"/> | Arnés cuerpo entero             | <input type="checkbox"/>            |
| Casco                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Guantes dieléctricos       | <input type="checkbox"/>            | Arnés dieléctrico cuerpo entero | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Barbuquejo              | <input checked="" type="checkbox"/> | Línea de vida vertical     | <input checked="" type="checkbox"/> | Silla trabajo en alturas        | <input type="checkbox"/>            |
| Protección visual       | <input checked="" type="checkbox"/> | Línea de vida horizontal   | <input type="checkbox"/>            | Freno                           | <input type="checkbox"/>            |
| Protección auditiva     | <input type="checkbox"/>            | Eslinga de posicionamiento | <input checked="" type="checkbox"/> | Mosquetones                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Protección respiratoria | <input type="checkbox"/>            | Eslinga de absorción       | <input type="checkbox"/>            | Otro:                           |                                     |
| Botas de seguridad      | <input checked="" type="checkbox"/> | Eslinga Y                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                 |                                     |

Se requiere otros tipos de permiso de trabajo ☐      Permiso de trabajo en caliente ☐      Permiso de trabajo en espacios confinados ☐

Otro: \_\_\_\_\_

| SISTEMA DE ASENSO/ DESCENSO |                                     |                     |                          |
|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Excavación profunda         | <input type="checkbox"/>            | Andamio certificado | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo en escaleras        | <input checked="" type="checkbox"/> | Andamio colgante    | <input type="checkbox"/> |
|                             |                                     | Otro:               |                          |

Convenciones: S: SI      N: No      NA: No Aplica

| LISTA DE CHEQUEO                                                                                                                        |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ITEM                                                                                                                                    | LUN | MAR | MIE | JUE | VIE | SAB | DOM |
| Se dispone de los elementos necesarios para trabajar en alturas.                                                                        |     |     |     |     |     |     |     |
| El personal esta certificado para desarrollar trabajos en altura.                                                                       |     |     |     |     |     |     |     |
| Se verificó que los sistemas de acceso cumplan con la distancia mínima de separación de 1.2 metros de circuitos eléctricos energizados. |     |     |     |     |     |     |     |
| El área de ejecución de la labor se encuentra limpia, ordenada y es optima para la ejecución de la tarea.                               |     |     |     |     |     |     |     |
| Se señalizó y delimito el área de trabajo, teniendo en cuenta la zona de caída.                                                         |     |     |     |     |     |     |     |
| Están los trabajadores autorizados entrenados en el uso de los EPP y el sistema de protección contra caídas.                            |     |     |     |     |     |     |     |
| Están todos los elementos de protección contra caídas en buen estado.                                                                   |     |     |     |     |     |     |     |
| Si el trabajo requiere el uso de una línea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada.                                    |     |     |     |     |     |     |     |
| Existen puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados).                                                          |     |     |     |     |     |     |     |
| Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado.                                                                         |     |     |     |     |     |     |     |
| Se realizó el análisis de trabajo seguro, (ATS)                                                                                         |     |     |     |     |     |     |     |
| El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea.                                                                |     |     |     |     |     |     |     |
| El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea.                                                                  |     |     |     |     |     |     |     |
| El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio.                                                                        |     |     |     |     |     |     |     |
| El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados.                                                      |     |     |     |     |     |     |     |
| Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar.                                                 |     |     |     |     |     |     |     |
| Se han instalado mamparas o cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o                                  |     |     |     |     |     |     |     |
| Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas.                                                                              |     |     |     |     |     |     |     |
| Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida.                                                  |     |     |     |     |     |     |     |
| Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores.                                                                           |     |     |     |     |     |     |     |
| Los conectores o mosquetones son de doble seguro.                                                                                       |     |     |     |     |     |     |     |
| Las cuerdas se encuentran libres de nudos.                                                                                              |     |     |     |     |     |     |     |
| Todos los trabajadores autorizados conocen las medidas de precaución establecidas en la evaluación de                                   |     |     |     |     |     |     |     |
| Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos.                                                           |     |     |     |     |     |     |     |



|                                                                                   |                                                                                                      |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS</b> | <b>VERSIÓN: 01</b>        |
|                                                                                   |                                                                                                      | <b>FECHA: 15-mar-2024</b> |

| ITEM                                                                                                                                                                  | LUN | MAR | MIE | JUE | VIE | SAB | DOM |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo.                                                                                                          |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Esta presente una persona para que active el plan de emergencia en caso de ser necesario.                                                                             |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse.                                             |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate.                                                                               |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios.                                                                                                     |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Están operando los frenos de las ruedas de los andamios.                                                                                                              |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Los canes o plataformas están asegurados y sobresalen mínimo 30 cm. del andamio.                                                                                      |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Se ha dispuesto de los elementos necesarios para izar y descender la herramienta.                                                                                     |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Los andamios se encuentran asegurados cada tres cuerpos.                                                                                                              |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Las guayas de acero son del calibre definido para el tipo de andamio colgante, se encuentran en buen estado y aseguradas en forma correcta.                           |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas.                                                                                                                  |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| El clima para realizar la labor es adecuado                                                                                                                           |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| El poste donde se realizara las labores se encuentra en buen estado                                                                                                   |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Se va a realizar trabajos en torres                                                                                                                                   |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Tiene alguna inclinación la torre                                                                                                                                     |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Se va a realizar trabajos de descenso, por muros o pozos                                                                                                              |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Se requiere de tripode para el descenso del trabajador                                                                                                                |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Se ha revisado, armado y anclado correctamente el tripode                                                                                                             |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Se cuenta con botiquin en el lugar de trabajo                                                                                                                         |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Se requiere de extintor para la actividad                                                                                                                             |     |     |     | ✓   | ✓   | ✓   |     |
| Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y conforme con el Análisis de Trabajo Seguro -ATS, se han establecidos los controles para los peligros identificados. |     |     |     | S   | S   | S   |     |
| Se autoriza la ejecución de los trabajos. (Marque S para Si, N para No)                                                                                               |     |     |     |     |     |     |     |

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN INSPECCIONA Y AUTORIZA

*Edgar Hernandez*

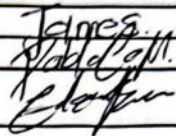
| OBSERVACIONES EN CASO DE SUSPENSIÓN U OTRAS NOVEDADES |             |                |
|-------------------------------------------------------|-------------|----------------|
| FECHA                                                 | DESCRIPCIÓN | NOMBRE Y FIRMA |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |



|                                                                                   |                                                                                                      |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS</b> | <b>VERSIÓN: 01</b>        |
|                                                                                   |                                                                                                      | <b>FECHA: 15-mar-2024</b> |

|                               |                                 |                              |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <b>PROYECTO:</b> Transmilenio | <b>FECHA INICIO:</b> 16/04/2024 | <b>FECHA FIN:</b> 21/04/2024 |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD              |                                                               |                 |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|
| DESCRIPCIÓN                              | HERRAMIENTAS Y EQUIPOS                                        | ALTURAS MÁXIMAS |
| Instalación de reflectores en ascensores | Arnes, Eslinga, Línea de vida, Escalera, herramienta de mano, | 8 mts           |

| PERSONAL QUE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD |                |                                                 |                                        |    |                                                                                     |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDO                   | IDENTIFICACIÓN | CARGO/ROL(Coordinador, vigía, autorizado, etc.) | SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE |    | FIRMA                                                                               |
|                                     |                |                                                 | SI                                     | NO |                                                                                     |
| James Ivan Barahona Jamaica         | 1030603485     | Técnico oficial                                 | x                                      |    |  |
| Pablo Cesar Martinez Beltran        | 80003364       | Técnico auxiliar                                | x                                      |    |                                                                                     |
| Edgar Jesus Hernandez Ortiz         | 1010197400     | Director de ingeniería, coordinador             | x                                      |    |                                                                                     |
|                                     |                |                                                 |                                        |    |                                                                                     |

| EQUIPO A EMPLEAR        |                                     |                            |                                     |                                 |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Overol                  | <input type="checkbox"/>            | Guantes de seguridad       | <input checked="" type="checkbox"/> | Arnés cuerpo entero             | <input type="checkbox"/>            |
| Casco                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Guantes dieléctricos       | <input type="checkbox"/>            | Arnés dieléctrico cuerpo entero | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Barbuquejo              | <input checked="" type="checkbox"/> | Línea de vida vertical     | <input checked="" type="checkbox"/> | Silla trabajo en alturas        | <input type="checkbox"/>            |
| Protección visual       | <input checked="" type="checkbox"/> | Línea de vida horizontal   | <input type="checkbox"/>            | Freno                           | <input type="checkbox"/>            |
| Protección auditiva     | <input type="checkbox"/>            | Eslinga de posicionamiento | <input checked="" type="checkbox"/> | Mosquetones                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Protección respiratoria | <input type="checkbox"/>            | Eslinga de absorción       | <input type="checkbox"/>            | Otro:                           |                                     |
| Botas de seguridad      | <input checked="" type="checkbox"/> | Eslinga Y                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                 |                                     |

|                                                      |                                                         |                                                                    |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Se requiere otros tipos de permiso de trabajo</b> | Permiso de trabajo en caliente <input type="checkbox"/> | Permiso de trabajo en espacios confinados <input type="checkbox"/> |
| Otro: _____                                          |                                                         |                                                                    |

| SISTEMA DE ASENSO/ DESCENSO |                                     |                                                                                                      |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Excavación profunda         | <input type="checkbox"/>            | Andamio certificado <input type="checkbox"/> Trabajo en posteria <input checked="" type="checkbox"/> |
| Trabajo en escaleras        | <input checked="" type="checkbox"/> | Andamio colgante <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                |

Convenciones: S: Si N: No NA: No Aplica

| ITEM                                                                                                                                    | LUN | MAR                                 | MIE | JUE | VIE | SAB | DOM |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Se dispone de los elementos necesarios para trabajar en alturas.                                                                        |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| El personal esta certificado para desarrollar trabajos en altura.                                                                       |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Se verifico que los sistemas de acceso cumplan con la distancia mínima de separación de 1.2 metros de circuitos eléctricos energizados. |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| El área de ejecución de la labor se encuentra limpia, ordenada y es optima para la ejecución de la tarea.                               |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Se señalizó y delimito el área de trabajo, teniendo en cuenta la zona de caída.                                                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Están los trabajadores autorizados entrenados en el uso de los EPP y el sistema de protección contra caídas.                            |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Están todos los elementos de protección contra caídas en buen estado.                                                                   |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Si el trabajo requiere el uso de una línea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada.                                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Existen puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados).                                                          |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado.                                                                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Se realizó el análisis de trabajo seguro, (ATS)                                                                                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea.                                                                |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea.                                                                  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio.                                                                        |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados.                                                      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar.                                                 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Se han instalado mamparas o cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o                                  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas.                                                                              |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida.                                                  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores.                                                                           |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Los conectores o mosquetones son de doble seguro.                                                                                       |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Las cuerdas se encuentran libres de nudos.                                                                                              |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Todos los trabajadores autorizados conocen las medidas de precaución establecidas en la evaluación de                                   |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |
| Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos.                                                           |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |     |     |



|                                                                                   |                                                                                                      |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS</b> | <b>VERSIÓN: 01</b>        |
|                                                                                   |                                                                                                      | <b>FECHA: 15-mar-2024</b> |

| ITEM                                                                                                                                                                  | LUN | MAR | MIE | JUE | VIE | SAB | DOM |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo.                                                                                                          |     | /   |     |     |     |     |     |
| Esta presente una persona para que active el plan de emergencia en caso de ser necesario.                                                                             |     | /   |     |     |     |     |     |
| El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse.                                             |     | /   |     |     |     |     |     |
| El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate.                                                                               |     | /   |     |     |     |     |     |
| Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios.                                                                                                     |     | /   |     |     |     |     |     |
| Están operando los frenos de las ruedas de los andamios.                                                                                                              |     | /   |     |     |     |     |     |
| Los canes o plataformas están asegurados y sobresalen mínimo 30 cm. del andamio.                                                                                      |     | /   |     |     |     |     |     |
| Se ha dispuesto de los elementos necesarios para izar y descender la herramienta.                                                                                     |     | /   |     |     |     |     |     |
| Los andamios se encuentran asegurados cada tres cuerpos.                                                                                                              |     | /   |     |     |     |     |     |
| Las guayas de acero son del calibre definido para el tipo de andamio colgante, se encuentran en buen estado y aseguradas en forma correcta.                           |     | /   |     |     |     |     |     |
| Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas.                                                                                                                  |     | /   |     |     |     |     |     |
| El clima para realizar la labor es adecuado                                                                                                                           |     | /   |     |     |     |     |     |
| El poste donde se realizara las labores se encuentra en buen estado                                                                                                   |     | /   |     |     |     |     |     |
| Se va a realizar trabajos en torres                                                                                                                                   |     | /   |     |     |     |     |     |
| Tiene alguna inclinación la torre                                                                                                                                     |     | /   |     |     |     |     |     |
| Se va a realizar trabajos de descenso, por muros o pozos                                                                                                              |     | /   |     |     |     |     |     |
| Se requiere de tripode para el descenso del trabajador                                                                                                                |     | /   |     |     |     |     |     |
| Se ha revisado, armado y anclado correctamente el tripode                                                                                                             |     | /   |     |     |     |     |     |
| Se cuenta con botiquín en el lugar de trabajo                                                                                                                         |     | /   |     |     |     |     |     |
| Se requiere de extintor para la actividad                                                                                                                             |     | /   |     |     |     |     |     |
| Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y conforme con el Análisis de Trabajo Seguro -ATS, se han establecidos los controles para los peligros identificados. |     | S.  |     |     |     |     |     |
| Se autoriza la ejecución de los trabajos. (Marque S para Si, N para No)                                                                                               |     |     |     |     |     |     |     |

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN INSPECCIONA Y AUTORIZA

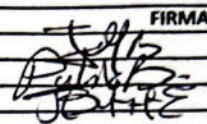
*Edgar Hernandez*

| OBSERVACIONES EN CASO DE SUSPENSIÓN U OTRAS NOVEDADES |             |                |
|-------------------------------------------------------|-------------|----------------|
| FECHA                                                 | DESCRIPCIÓN | NOMBRE Y FIRMA |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |
|                                                       |             |                |



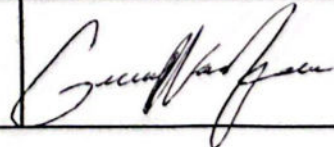
|                                                                                   |                                                                                                       |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE</b> | <b>VERSIÓN: 01</b>        |
|                                                                                   |                                                                                                       | <b>FECHA: 15-mar-2024</b> |

|                                                                             |                                 |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <b>PROYECTO:</b> Transmilenio                                               | <b>FECHA INICIO:</b> 18/03/2024 | <b>FECHA FIN:</b> 23/04/2024 |
| <b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:</b> Apoyo mantenimiento tableros eléctricos |                                 |                              |

| PERSONAL QUE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD |                |                                                                                     |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDO                   | IDENTIFICACIÓN | FIRMA                                                                               |
| James Ivan Barahona Jamaica         | 1030603485     |  |
| Pablo Cesar Martinez Beltran        | 80003364       |                                                                                     |
| Edgar Jesus Hernandez Ortiz         | 1010197400     |                                                                                     |

|                                                                                                              |                                                                                                                            |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR</b><br>Sopladora, multímetro, herramienta de mano, detector de tensión. | <b>TIPO DE TRABAJO EN CALIENTE</b><br>LINEA VIVA <input checked="" type="checkbox"/><br>SOLDADURA <input type="checkbox"/> | SUPERFICIES CALIENTES <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

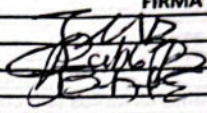
| Verifique las siguientes situaciones para realizar los trabajos                                                                                         | SI | NO | NA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ¿Las subestaciones y cuartos de controles eléctricos permanecen cerrados y a ellos solo ingresa personal autorizado, generalmente electricistas?        |    | x  |    |
| ¿Las subestaciones y cuartos eléctricos permanecen en perfectas condiciones de orden y aseo, libres de materiales u otros objetos almacenados en ellas? | x  |    |    |
| Todos los factores de riesgo eléctrico están claramente señalizados                                                                                     | x  |    |    |
| Los alambres y cables en las maquinas están aislados (encauchetados o entubados), y están fijos a la pared                                              | x  |    |    |
| Las cajas eléctricas de los fusibles y los tableros de distribución permanecen cerrados y están claramente señalizados e identificados                  | x  |    |    |
| Todos los equipos cuentan con tomas a tierra                                                                                                            | x  |    |    |
| ¿Se evita al máximo el empleo de extensiones e instalaciones provisionales, y cuando se presentan están adecuadamente señalizadas?                      | x  |    |    |
| Se requiere hacer cortes del suministro eléctrico                                                                                                       | x  |    |    |
| Se realiza la comprobación de ausencia de tensión de manera constante                                                                                   | x  |    |    |
| Existe un programa de mantenimiento periódico de todos los equipos e instalaciones eléctricas                                                           | x  |    |    |
| ¿Los trabajadores reciben entrenamiento sobre que hacer en caso de accidentes con electricidad y como presentar los primeros auxilios?                  | x  |    |    |
| ¿El mango de agarre de las herramientas de mano está recubierto por material aislante y este no presenta deterioros?                                    | x  |    |    |
| ¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?                       | x  |    |    |
| Se encuentra el piso de trabajo húmedo                                                                                                                  |    | x  |    |
| ¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?                                                          |    | x  |    |
| ¿Se ha delimitado y señalado el área de trabajo como medida de prevención?                                                                              | x  |    |    |
| Los trabajadores cuentan con la dotación adecuada para la actividad                                                                                     | x  |    |    |
| Se cuenta con botiquín, extintor y camilla en el sitio de trabajo, y los trabajadores saben como usarlos                                                | x  |    |    |
| Las actividades requieren de otro tipo de permiso de trabajo. En caso afirmativo indique cual es _____                                                  |    |    | x  |

|                                                                                                           |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL PERMISO DE TRABAJO Y DA EL VISTO BUENO</b><br><br>Guisella Navarrete Rincon | <b>FIRMA</b><br> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|



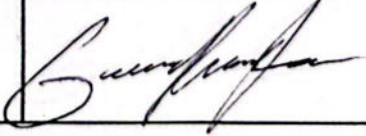
|                                                                                   |                                                                                                       |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE</b> | <b>VERSIÓN: 01</b>        |
|                                                                                   |                                                                                                       | <b>FECHA: 15-mar-2024</b> |

**PROYECTO:** Transmilenio **FECHA INICIO:** 25/03/2024 **FECHA FIN:** 30/03/2024  
**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:** Apoyo mantenimiento tableros eléctricos

| PERSONAL QUE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD |                |                                                                                     |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDO                   | IDENTIFICACIÓN | FIRMA                                                                               |
| James Ivan Barahona Jamaica         | 1030603485     |  |
| Pablo Cesar Martinez Beltran        | 80003364       |                                                                                     |
| Edgar Jesus Hernandez Ortiz         | 1010197400     |                                                                                     |

| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR                                | TIPO DE TRABAJO EN CALIENTE |                                     |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Sopladora, multímetro, herramienta de mano, detector de tensión. | LINEA VIVA                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                  | SOLDADURA                   | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                  | SUPERFICIES CALIENTES       | <input type="checkbox"/>            |

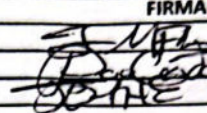
| Verifique las siguientes situaciones para realizar los trabajos                                                                                         | SI | NO | NA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ¿Las subestaciones y cuartos de controles eléctricos permanecen cerrados y a ellos solo ingresa personal autorizado, generalmente electricistas?        |    | x  |    |
| ¿Las subestaciones y cuartos eléctricos permanecen en perfectas condiciones de orden y aseo, libres de materiales u otros objetos almacenados en ellas? | x  |    |    |
| Todos los factores de riesgo eléctrico están claramente señalizados                                                                                     | x  |    |    |
| Los alambres y cables en las maquinas están aislados (encauchetados o entubados), y están fijos a la pared                                              | x  |    |    |
| Las cajas eléctricas de los fusibles y los tableros de distribución permanecen cerrados y están claramente señalizados e identificados                  | x  |    |    |
| Todos los equipos cuentan con tomas a tierra                                                                                                            | x  |    |    |
| ¿Se evita al máximo el empleo de extensiones e instalaciones provisionales, y cuando se presentan están adecuadamente señalizadas?                      | x  |    |    |
| Se requiere hacer cortes del suministro eléctrico                                                                                                       | x  |    |    |
| Se realiza la comprobación de ausencia de tensión de manera constante                                                                                   | x  |    |    |
| Existe un programa de mantenimiento periódico de todos los equipos e instalaciones eléctricas                                                           | x  |    |    |
| ¿Los trabajadores reciben entrenamiento sobre que hacer en caso de accidentes con electricidad y como presentar los primeros auxilios?                  | x  |    |    |
| ¿El mango de agarre de las herramientas de mano está recubierto por material aislante y este no presenta deterioros?                                    | x  |    |    |
| ¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?                       | x  |    |    |
| Se encuentra el piso de trabajo húmedo                                                                                                                  |    | x  |    |
| ¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?                                                          |    | x  |    |
| ¿Se ha delimitado y señalado el área de trabajo como medida de prevención?                                                                              | x  |    |    |
| Los trabajadores cuentan con la dotación adecuada para la actividad                                                                                     | x  |    |    |
| Se cuenta con botiquín, extintor y camilla en el sitio de trabajo, y los trabajadores saben como usarlos                                                | x  |    |    |
| Las actividades requieren de otro tipo de permiso de trabajo. En caso afirmativo indique cual es _____                                                  |    |    | x  |

| NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL PERMISO DE TRABAJO Y DA EL VISTO BUENO | FIRMA                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Guisella Navarrete Rincon                                         |  |



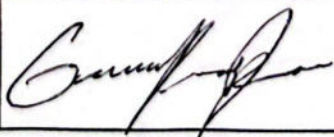
|                                                                                   |                                                                                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE</b> | VERSIÓN: 01        |
|                                                                                   |                                                                                                       | FECHA: 15-mar-2024 |

|                              |                                         |               |            |            |            |
|------------------------------|-----------------------------------------|---------------|------------|------------|------------|
| PROYECTO:                    | Transmilenio                            | FECHA INICIO: | 28/03/2024 | FECHA FIN: | 30/03/2024 |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: | Apoyo mantenimiento tableros eléctricos |               |            |            |            |

| PERSONAL QUE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD |                |                                                                                     |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDO                   | IDENTIFICACIÓN | FIRMA                                                                               |
| James Ivan Barahona Jamaica         | 1030603485     |  |
| Pablo Cesar Martínez Beltran        | 80003364       |                                                                                     |
| Edgar Jesus Hernandez Ortiz         | 1010197400     |                                                                                     |

|                                                                  |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR                                | TIPO DE TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                         |
| Sopladora, multimetro, herramienta de mano, detector de tensión. | LINEA VIVA <input checked="" type="checkbox"/> SUPERFICIES CALIENTES <input type="checkbox"/><br>SOLDADURA <input type="checkbox"/> |

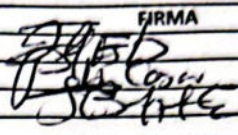
| Verifique las siguientes situaciones para realizar los trabajos                                                                                         | SI | NO | NA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ¿Las subestaciones y cuartos de controles eléctricos permanecen cerrados y a ellos solo ingresa personal autorizado, generalmente electricistas?        |    | x  |    |
| ¿Las subestaciones y cuartos eléctricos permanecen en perfectas condiciones de orden y aseo, libres de materiales u otros objetos almacenados en ellas? | x  |    |    |
| Todos los factores de riesgo eléctrico están claramente señalizados                                                                                     | x  |    |    |
| Los alambres y cables en las maquinas están aislados (encauchetados o entubados), y están fijos a la pared                                              | x  |    |    |
| Las cajas eléctricas de los fusibles y los tableros de distribución permanecen cerrados y están claramente señalizados e identificados                  | x  |    |    |
| Todos los equipos cuentan con tomas a tierra                                                                                                            | x  |    |    |
| ¿Se evita al máximo el empleo de extensiones e instalaciones provisionales, y cuando se presentan están adecuadamente señalizadas?                      | x  |    |    |
| Se requiere hacer cortes del suministro eléctrico                                                                                                       | x  |    |    |
| Se realiza la comprobación de ausencia de tensión de manera constante                                                                                   | x  |    |    |
| Existe un programa de mantenimiento periódico de todos los equipos e instalaciones eléctricas                                                           | x  |    |    |
| ¿Los trabajadores reciben entrenamiento sobre que hacer en caso de accidentes con electricidad y como presentar los primeros auxilios?                  | x  |    |    |
| ¿El mango de agarre de las herramientas de mano está recubierto por material aislante y este no presenta deterioros?                                    | x  |    |    |
| ¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?                       | x  |    |    |
| Se encuentra el piso de trabajo húmedo                                                                                                                  |    | x  |    |
| ¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?                                                          |    | x  |    |
| ¿Se ha delimitado y señalado el área de trabajo como medida de prevención?                                                                              | x  |    |    |
| Los trabajadores cuentan con la dotación adecuada para la actividad                                                                                     | x  |    |    |
| Se cuenta con botiquín, extintor y camilla en el sitio de trabajo, y los trabajadores saben como usarlos                                                | x  |    |    |
| Las actividades requieren de otro tipo de permiso de trabajo. En caso afirmativo indique cual es _____                                                  |    |    | x  |

|                                                                   |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL PERMISO DE TRABAJO Y DA EL VISTO BUENO | FIRMA                                                                                |
| Guisella Navarrete Rincon                                         |  |



|                                                                                   |                                                                                                       |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b><br><b>PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE</b> | <b>VERSIÓN: 01</b>        |
|                                                                                   |                                                                                                       | <b>FECHA: 15-mar-2024</b> |

|                                                                             |                                |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <b>PROYECTO:</b> Transmilenio                                               | <b>FECHA INICIO:</b> 1/04/2024 | <b>FECHA FIN:</b> 6/04/2024 |
| <b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:</b> Apoyo mantenimiento tableros eléctricos |                                |                             |

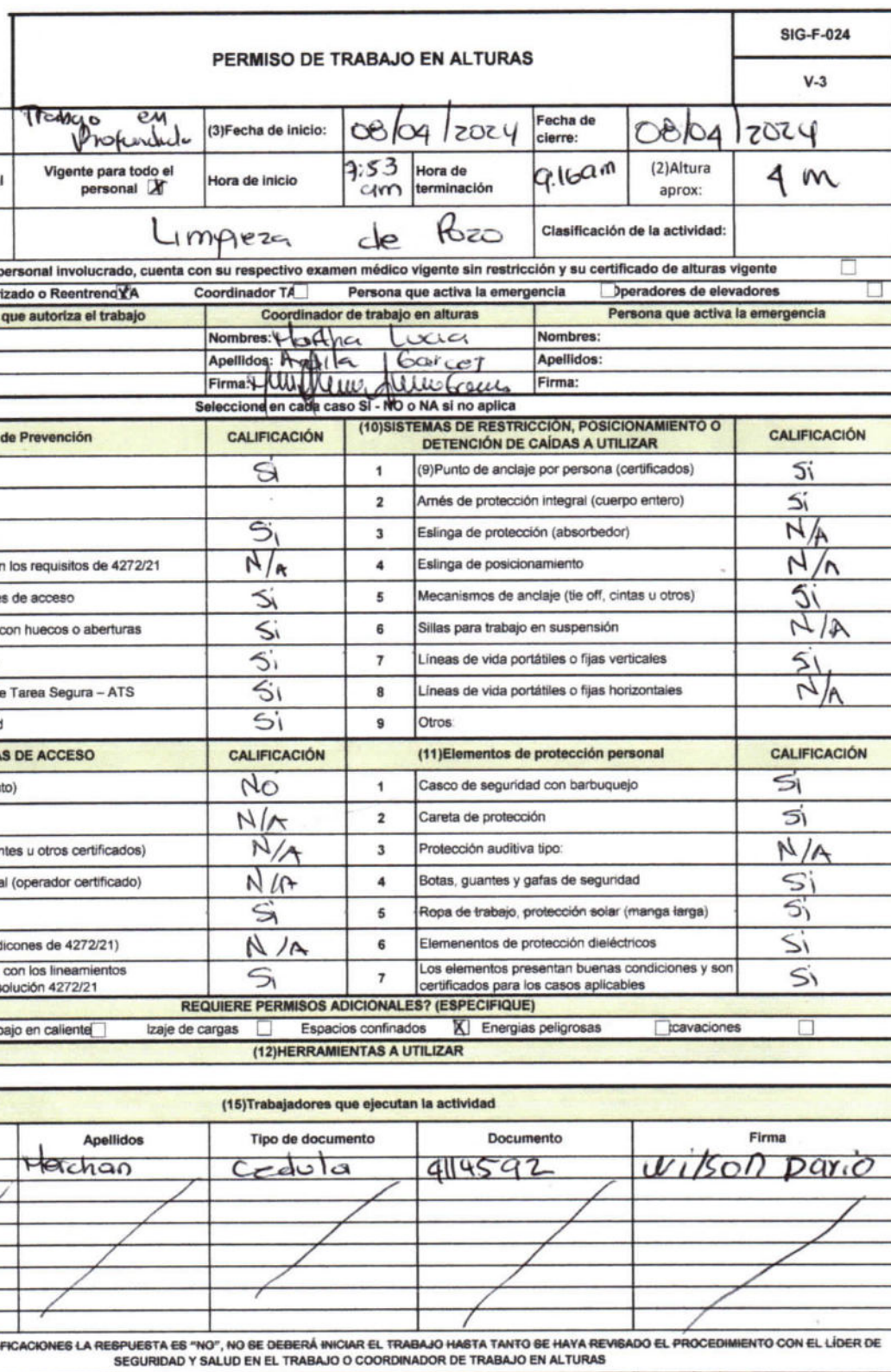
| PERSONAL QUE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD |                |                                                                                     |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDO                   | IDENTIFICACIÓN | FIRMA                                                                               |
| James Ivan Barahona Jamaica         | 1030603485     |  |
| Pablo Cesar Martinez Beltran        | 80003364       |                                                                                     |
| Edgar Jesus Hernandez Ortiz         | 1010197400     |                                                                                     |

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR</b><br>Sopladora, multímetro, herramienta de mano, detector de tensión. | <b>TIPO DE TRABAJO EN CALIENTE</b><br>LINEA VIVA <input checked="" type="checkbox"/> SUPERFICIES CALIENTES <input type="checkbox"/><br>SOLDADURA <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Verifique las siguientes situaciones para realizar los trabajos                                                                                         | SI | NO | NA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ¿Las subestaciones y cuartos de controles eléctricos permanecen cerrados y a ellos solo ingresa personal autorizado, generalmente electricistas?        |    | x  |    |
| ¿Las subestaciones y cuartos eléctricos permanecen en perfectas condiciones de orden y aseo, libres de materiales u otros objetos almacenados en ellas? | x  |    |    |
| Todos los factores de riesgo eléctrico están claramente señalizados                                                                                     | x  |    |    |
| Los alambres y cables en las maquinas están aislados (encauchetados o entubados), y están fijos a la pared                                              | x  |    |    |
| Las cajas eléctricas de los fusibles y los tableros de distribución permanecen cerrados y están claramente señalizados e identificados                  | x  |    |    |
| Todos los equipos cuentan con tomas a tierra                                                                                                            | x  |    |    |
| ¿Se evita al máximo el empleo de extensiones e instalaciones provisionales, y cuando se presentan están adecuadamente señalizadas?                      | x  |    |    |
| Se requiere hacer cortes del suministro eléctrico                                                                                                       | x  |    |    |
| Se realiza la comprobación de ausencia de tensión de manera constante                                                                                   | x  |    |    |
| Existe un programa de mantenimiento periódico de todos los equipos e instalaciones eléctricas                                                           | x  |    |    |
| ¿Los trabajadores reciben entrenamiento sobre que hacer en caso de accidentes con electricidad y como presentar los primeros auxilios?                  | x  |    |    |
| ¿El mango de agarre de las herramientas de mano está recubierto por material aislante y este no presenta deterioros?                                    | x  |    |    |
| ¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?                       | x  |    |    |
| Se encuentra el piso de trabajo húmedo                                                                                                                  |    | x  |    |
| ¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?                                                          |    | x  |    |
| ¿Se ha delimitado y señalado el área de trabajo como medida de prevención?                                                                              | x  |    |    |
| Los trabajadores cuentan con la dotación adecuada para la actividad                                                                                     | x  |    |    |
| Se cuenta con botiquín, extintor y camilla en el sitio de trabajo, y los trabajadores saben como usarlos                                                | x  |    |    |
| Las actividades requieren de otro tipo de permiso de trabajo. En caso afirmativo indique cual es _____                                                  |    |    | x  |

|                                                                                                           |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL PERMISO DE TRABAJO Y DA EL VISTO BUENO</b><br><br>Guisella Navarrete Rincon | <b>FIRMA</b><br> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

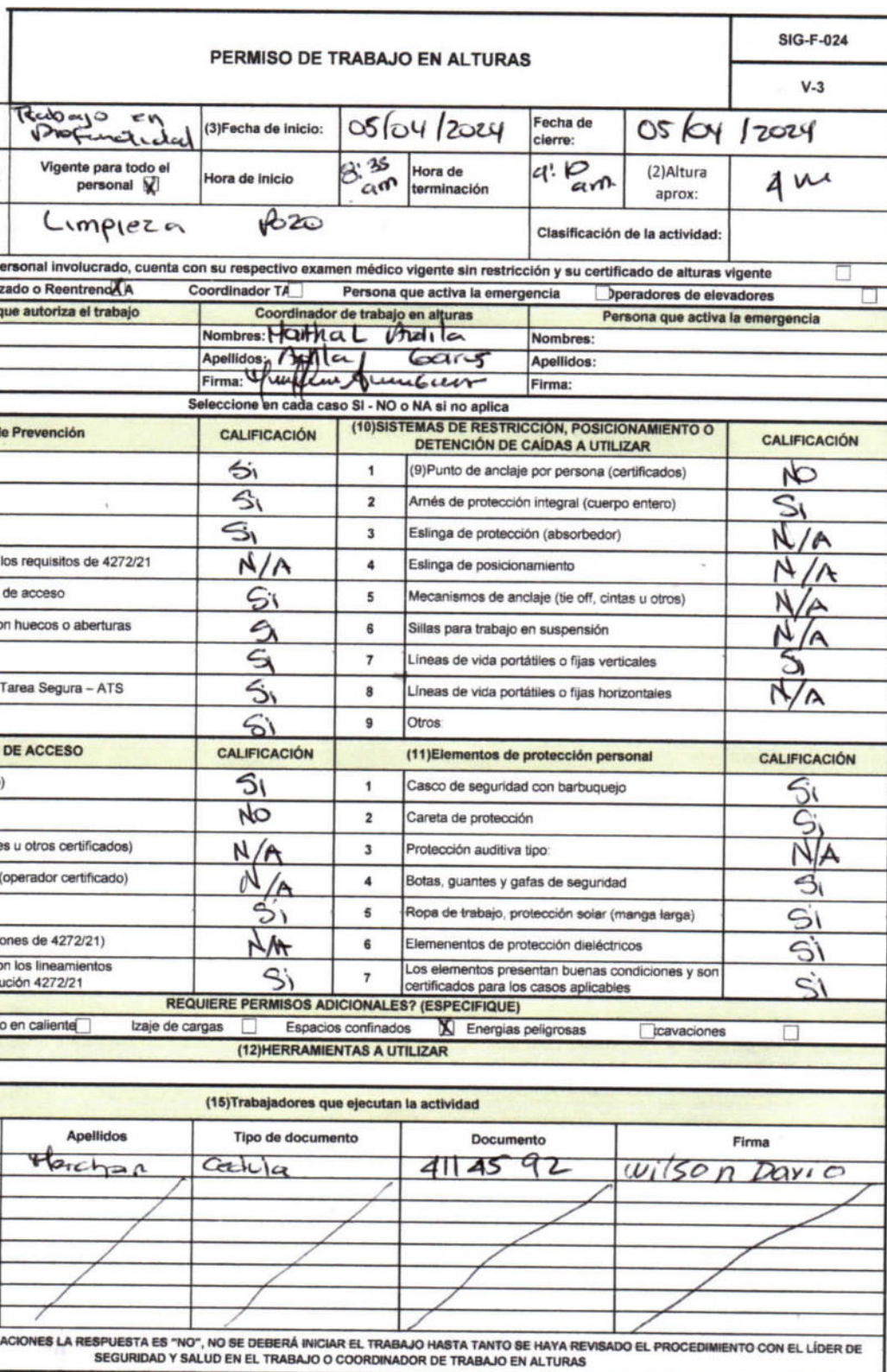






| AUTORIZACIONES DIARIAS           |                   |                          |                         |                          |         |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------|
| Día en que se autoriza           |                   | Nombre                   | Rol                     | Firma                    |         |
| Día 1                            | Se autoriza el TA | 8/04/2024                | Flourtha Luna Arista    | Coordinador Altim        | [Firma] |
| Día 2                            | Se autoriza el TA | /                        | /                       | /                        | /       |
| Día 3                            | Se autoriza el TA | /                        | /                       | /                        | /       |
| Día 4                            | Se autoriza el TA | /                        | /                       | /                        | /       |
| Día 5                            | Se autoriza el TA | /                        | /                       | /                        | /       |
| Día 6                            | Se autoriza el TA | /                        | /                       | /                        | /       |
| Cierre o cancelación del permiso |                   | Nombre:                  | Cancelación del permiso |                          |         |
|                                  |                   | Firma:                   | Nombre:                 |                          |         |
|                                  |                   | Novedades:               | Motivo:                 |                          |         |
|                                  |                   | Fecha hora:              | Fecha hora:             |                          |         |
| (14)OBSERVACIONES:               |                   |                          |                         |                          |         |
| DISPOSICIONES DE RESCATE         |                   |                          |                         |                          |         |
| KIT DE RESCATE                   |                   | KIT CONTRA INCENDIOS     |                         | AYUDANTE DE SEGURIDAD    |         |
| BRIGADA DE EMERGENCIAS           |                   | PLAN DE EMERGENCIAS      |                         | MEDEVAC                  |         |
| KIT DE PRIMEROS AUXILIOS         |                   | PROCEDIMIENTO DE RESCATE |                         | RECURSOS DE COMUNICACIÓN |         |

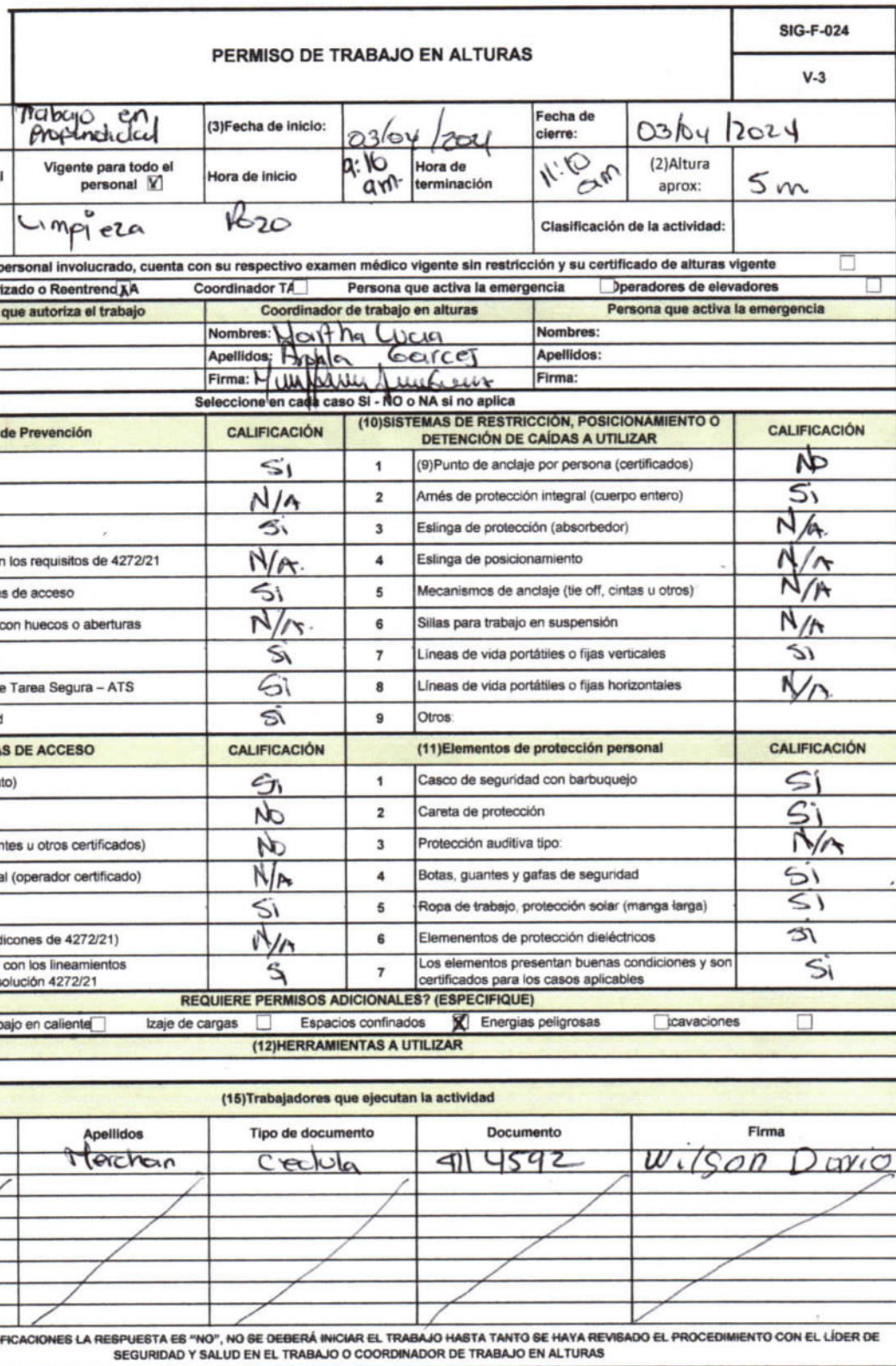






| AUTORIZACIONES DIARIAS           |                   |                          |                         |                          |  |                 |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--|-----------------|
| Día en que se autoriza           |                   | Nombre                   | Rol                     | Firma                    |  |                 |
| Día 1                            | Se autoriza el TA | 05/04/22                 | Yanitha C. Melita       | Contratista              |  |                 |
| Día 2                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |  |                 |
| Día 3                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |  |                 |
| Día 4                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |  |                 |
| Día 5                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |  |                 |
| Día 6                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |  |                 |
| Cierre o cancelación del permiso |                   | Nombre:                  | Cancelación del permiso |                          |  |                 |
|                                  |                   | Firma:                   | Nombre:                 |                          |  |                 |
|                                  |                   | Novedades:               | Motivo:                 |                          |  |                 |
|                                  |                   | Fecha hora:              | Fecha hora:             |                          |  |                 |
| (14)OBSERVACIONES:               |                   |                          |                         |                          |  |                 |
| DISPOSICIONES DE RESCATE         |                   |                          |                         |                          |  |                 |
| KIT DE RESCATE                   |                   | KIT CONTRA INCENDIOS     |                         | AYUDANTE DE SEGURIDAD    |  | # DE EMERGENCIA |
| BRIGADA DE EMERGENCIAS           |                   | PLAN DE EMERGENCIAS      |                         | MEDEVAC                  |  |                 |
| KIT DE PRIMEROS AUXILIOS         |                   | PROCEDIMIENTO DE RESCATE |                         | RECURSOS DE COMUNICACIÓN |  |                 |

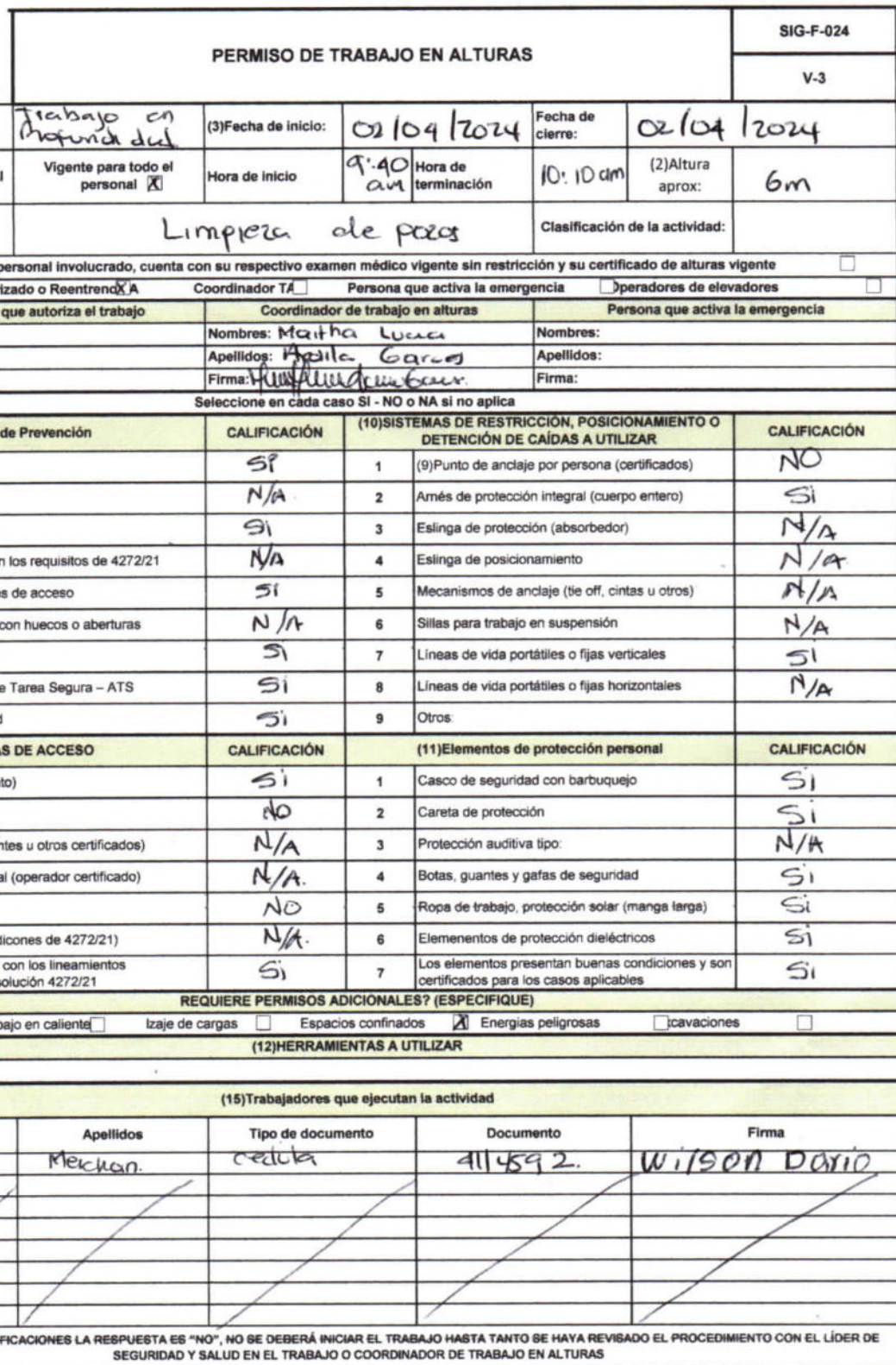






| AUTORIZACIONES DIARIAS           |                   |                          |                         |                           |         |                 |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------|---------|-----------------|
| Día en que se autoriza           |                   | Nombre                   | Rol                     | Firma                     |         |                 |
| Día 1                            | Se autoriza el TA | 53/04/2019               | Martha Luciani          | Andrés G. Coordinador ATN | [Firma] |                 |
| Día 2                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                           |         |                 |
| Día 3                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                           |         |                 |
| Día 4                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                           |         |                 |
| Día 5                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                           |         |                 |
| Día 6                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                           |         |                 |
| Cierre o cancelación del permiso |                   | Nombre:                  | Cancelación del permiso |                           |         |                 |
|                                  |                   | Firma:                   | Nombre:                 |                           |         |                 |
|                                  |                   | Novedades:               | Motivo:                 |                           |         |                 |
|                                  |                   | Fecha hora:              | Fecha hora:             |                           |         |                 |
| (14) OBSERVACIONES:              |                   |                          |                         |                           |         |                 |
| DISPOSICIONES DE RESCATE         |                   |                          |                         |                           |         |                 |
| KIT DE RESCATE                   |                   | KIT CONTRA INCENDIOS     |                         | AYUDANTE DE SEGURIDAD     |         | # DE EMERGENCIA |
| BRIGADA DE EMERGENCIAS           |                   | PLAN DE EMERGENCIAS      |                         | MEDEVAC                   |         |                 |
| KIT DE PRIMEROS AUXILIOS         |                   | PROCEDIMIENTO DE RESCATE |                         | RECURSOS DE COMUNICACIÓN  |         |                 |

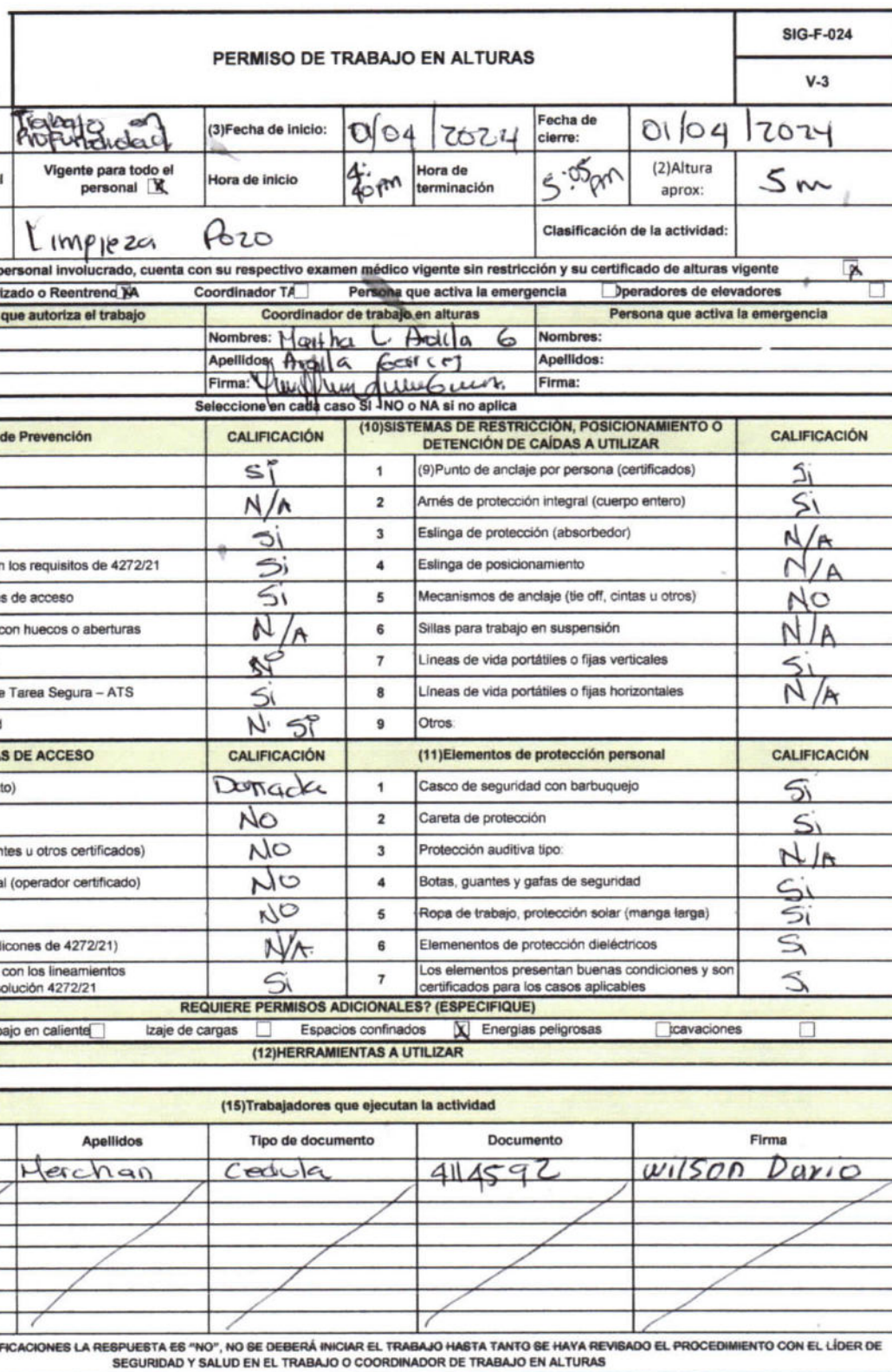






| AUTORIZACIONES DIARIAS           |                   |                          |                         |                          |                |                 |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------|-----------------|
| Día en que se autoriza           |                   | Nombre                   | Rol                     | Firma                    |                |                 |
| Día 1                            | Se autoriza el TA | 02/04/2024               | Martha C. Arcila García | Coordinador TA           | <i>[Firma]</i> |                 |
| Día 2                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |                |                 |
| Día 3                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |                |                 |
| Día 4                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |                |                 |
| Día 5                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |                |                 |
| Día 6                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |                |                 |
| Cierre o cancelación del permiso |                   | Nombre:                  | Cancelación del permiso |                          |                |                 |
|                                  |                   | Firma:                   | Nombre:                 |                          |                |                 |
|                                  |                   | Novedades:               | Motivo:                 |                          |                |                 |
|                                  |                   | Fecha hora:              | Fecha hora:             |                          |                |                 |
| (14) OBSERVACIONES:              |                   |                          |                         |                          |                |                 |
| DISPOSICIONES DE RESCATE         |                   |                          |                         |                          |                |                 |
| KIT DE RESCATE                   |                   | KIT CONTRA INCENDIOS     |                         | AYUDANTE DE SEGURIDAD    |                | # DE EMERGENCIA |
| BRIGADA DE EMERGENCIAS           |                   | PLAN DE EMERGENCIAS      |                         | MEDEVAC                  |                |                 |
| KIT DE PRIMEROS AUXILIOS         |                   | PROCEDIMIENTO DE RESCATE |                         | RECURSOS DE COMUNICACIÓN |                |                 |

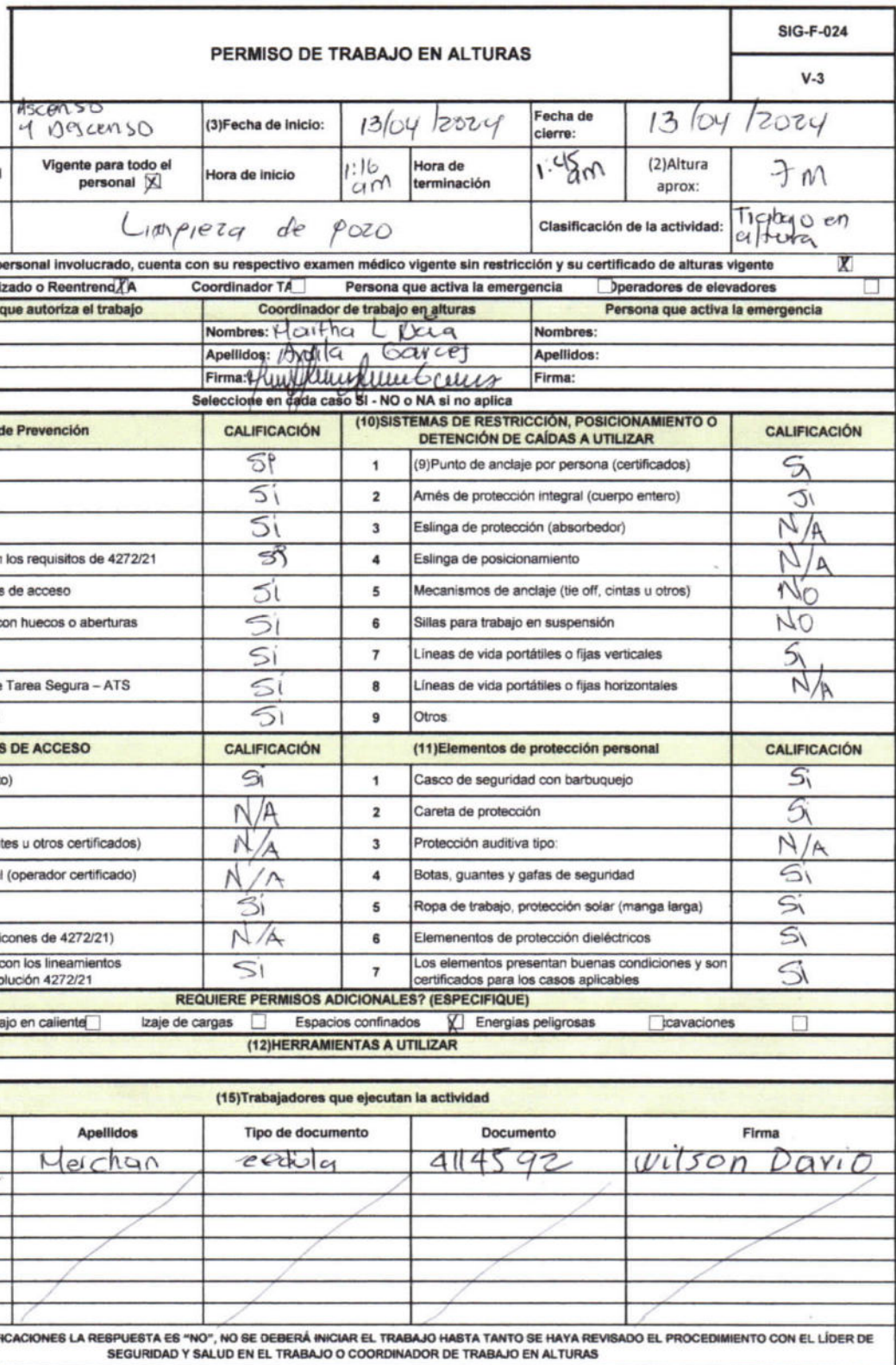






| AUTORIZACIONES DIARIAS                                             |                   |                          |                                    |         |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------------|---------|
| Día en que se autoriza                                             | Nombre            | Rol                      | Firma                              |         |
| Día 1                                                              | Se autoriza el TA | 21/09/2017               | Martha Lúcia Adela G. Coordinadora | Alfonso |
| Día 2                                                              | Se autoriza el TA |                          |                                    |         |
| Día 3                                                              | Se autoriza el TA |                          |                                    |         |
| Día 4                                                              | Se autoriza el TA |                          |                                    |         |
| Día 5                                                              | Se autoriza el TA |                          |                                    |         |
| Día 6                                                              | Se autoriza el TA |                          |                                    |         |
| Cierre o cancelación del permiso                                   |                   | Nombre:                  | Cancelación del permiso            |         |
|                                                                    |                   | Firma:                   | Nombre:                            |         |
|                                                                    |                   | Novedades:               | Motivo:                            |         |
|                                                                    |                   | Fecha hora:              | Fecha hora:                        |         |
| (14) OBSERVACIONES: Escalera Derruida, no es segura para el acceso |                   |                          |                                    |         |
| DISPOSICIONES DE RESCATE                                           |                   |                          |                                    |         |
| KIT DE RESCATE                                                     |                   | KIT CONTRA INCENDIOS     |                                    |         |
| BRIGADA DE EMERGENCIAS                                             |                   | PLAN DE EMERGENCIAS      |                                    |         |
| KIT DE PRIMEROS AUXILIOS                                           |                   | PROCEDIMIENTO DE RESCATE |                                    |         |
|                                                                    |                   | AYUDANTE DE SEGURIDAD    |                                    |         |
|                                                                    |                   | MEDEVAC                  |                                    |         |
|                                                                    |                   | RECURSOS DE COMUNICACIÓN |                                    |         |
|                                                                    |                   | # DE EMERGENCIA          |                                    |         |







| AUTORIZACIONES DIARIAS           |                   |                          |                         |                          |         |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------|
| Día en que se autoriza           |                   | Nombre                   | Rol                     | Firma                    |         |
| Día 1                            | Se autoriza el TA | 13/04/2024               | Martha C. Andika García | Coordinadora de Higiene  | [Firma] |
| Día 2                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |         |
| Día 3                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |         |
| Día 4                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |         |
| Día 5                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |         |
| Día 6                            | Se autoriza el TA |                          |                         |                          |         |
| Cierre o cancelación del permiso |                   | Nombre:                  | Cancelación del permiso |                          |         |
|                                  |                   | Firma:                   | Nombre:                 |                          |         |
|                                  |                   | Novedades:               | Motivo:                 |                          |         |
|                                  |                   | Fecha hora:              | Fecha hora:             |                          |         |
| (14) OBSERVACIONES:              |                   |                          |                         |                          |         |
| DISPOSICIONES DE RESCATE         |                   |                          |                         |                          |         |
| KIT DE RESCATE                   |                   | KIT CONTRA INCENDIOS     |                         | AYUDANTE DE SEGURIDAD    |         |
| BRIGADA DE EMERGENCIAS           |                   | PLAN DE EMERGENCIAS      |                         | MEDEVAC                  |         |
| KIT DE PRIMEROS AUXILIOS         |                   | PROCEDIMIENTO DE RESCATE |                         | RECURSOS DE COMUNICACIÓN |         |



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                       |                               |                                |                                      |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) <u>13/04/2024</u> | AL: (D/M/A) <u>13/04/2024</u> | Hora de Inicio: <u>1:16 am</u> | Hora de Finalización: <u>1:45 am</u> |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

| PERSONAL AUTORIZADO    |                      |          |                  |
|------------------------|----------------------|----------|------------------|
| EJECUTORES DEL TRABAJO | NOMBRES Y APELLIDOS  | CARGO    | NUMERO DE CEDULA |
|                        | Wilson Domo Merchan  | operario | 411 459 2        |
|                        | Ese Daniel Benavides | operario | 1069 749 055     |
|                        | Anderson Cabello     | operario | 5633040          |
|                        |                      |          |                  |
|                        |                      |          |                  |

|                                                              |                         |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|
| TRABAJO A REALIZAR (Describe brevemente la tarea a realizar) |                         |
| Sitio donde se realiza el trabajo:                           | <u>Portal Usme</u>      |
| Descripción del Trabajo:                                     | <u>Limpieza de pozo</u> |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| Tiempo estimado de realización del trabajo: Horas: _____ Minutos: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------|

| EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                         |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Casco de seguridad con barbuquejo de 3 puntos <input checked="" type="checkbox"/> | Ames cuerpo completo <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Gafas de seguridad con banda ajustable <input type="checkbox"/>                   | Eslinga <input type="checkbox"/>                           |
| Guantes de Nitrilo <input type="checkbox"/>                                       | Equipo Autocontenido <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Botas de seguridad <input checked="" type="checkbox"/>                            | Respirador de Cartucho <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes de cuero <input type="checkbox"/>                                         | Otro, cuál? <input type="checkbox"/>                       |

| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS                                                                    |                                        |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Se ha notificado a los departamentos afectados por la suspensión del servicio                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha verificado el bloqueo de energías y suministros de productos o materias primas?                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha purgado o limpiado el sitio de trabajo?                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se realizaron las mediciones ambientales?                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se han instalado barreras o guardas para restringir el acceso?                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Las personas autorizadas para ejecutar la labor han recibido instrucciones y las normas de seguridad para realizar la tarea? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se requiere la presencia de un brigadista para realizar el trabajo?                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | N.A <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se han consultado otros permisos y cumplen con los requisitos de éstos en caso de trabajos en caliente y alturas?            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se estableció el código de comunicaciones?                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se dispone de herramientas adecuadas y suficientes para realizar el trabajo?                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los contratistas conocen y han diligenciado el permiso de trabajo?                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los trabajadores que realizarán la labor tiene seguridad social al día y fue verificada antes de iniciar la labor?           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |

| SITUACIÓN DE PELIGRO EN EL ESPACIO CONFINADO                       |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Atrapamiento Mecánico <input type="checkbox"/>                     | Incendio <input type="checkbox"/>                   |
| Atrapamiento con producto o materia Prima <input type="checkbox"/> | Explosión <input type="checkbox"/>                  |
| Contacto con electricidad <input checked="" type="checkbox"/>      | Vapores tóxicos <input checked="" type="checkbox"/> |
| Temperaturas extremas <input type="checkbox"/>                     | Caldas <input checked="" type="checkbox"/>          |
| Quemaduras <input type="checkbox"/>                                | Otro, Cuál? <input type="checkbox"/>                |
| Golpes <input checked="" type="checkbox"/>                         |                                                     |

|                     |                                |                                                  |                                           |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| CONDICIÓN ACEPTABLE | Oxígeno mínimo: 19,5 %         | Inflamabilidad por explosímetro Máximo 10% L.E.L | Temperatura ambiente Máximo 35 grados. C. |
|                     | Oxígeno máximo: 23,5%          |                                                  |                                           |
|                     | Mediciones cada: _____ hora(s) |                                                  |                                           |

|                |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
|                |
|                |
|                |



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                                                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                       |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) <u>13/04/2024</u>                                                                                                            | AL: (D/M/A) <u>13/04/2024</u>                                                                             | Hora de Inicio: <u>1:16 am</u>                                                                                                        | Hora de Finalización: <u>1:45 am</u> |
| Manifiesto que conozco y cumplo todos los requisitos establecidos en el presente permiso y me acojo a las condiciones identificadas en el mismo. |                                                                                                           |                                                                                                                                       |                                      |
| Trabajador (1)<br>Nombre: <u>Wilson Dario</u><br>C.C. <u>4114592</u><br>Firma: <u>Wilson Dario MC</u>                                            | Trabajador (2)<br>Nombre: <u>José Benavides</u><br>C.C. <u>1069744055</u><br>Firma: <u>José Benavides</u> | Trabajador (3)<br>Nombre: <u>Anderson Boell</u><br>C.C. <u>5633040</u><br>Firma: <u>Anderson Boell</u>                                |                                      |
| Trabajador (4)<br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                                    | Trabajador (5)<br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                             | Trabajador (6)<br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                         |                                      |
| Solicitado Por: <u>[Signature]</u><br>Nombre: <u>CLAUDIA SIENRA</u><br>C.C.: <u>35253956</u><br>Empresa: <u>[Signature]</u>                      |                                                                                                           | Autorizado Por: <u>[Signature]</u><br>Nombre: <u>Yaila Lucia Arana Garcey</u><br>C.C.: <u>52864499</u><br>Empresa: <u>SYJ Sumapaz</u> |                                      |



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                |                        |                      |                               |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) 01/04/2024 | AL: (D/M/A) 01/04/2024 | Hora de Inicio: 4:40 | Hora de Finalización: 5:05 PM |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------|

| PERSONAL AUTORIZADO    |                      |          |                  |
|------------------------|----------------------|----------|------------------|
|                        | NOMBRES Y APELLIDOS  | CARGO    | NUMERO DE CEDULA |
| EJECUTORES DEL TRABAJO | Jose Venaviles       | Operario | 1069749055       |
|                        | Anderson Cohello     | Operario | 8633040          |
|                        | Nilson Dario Merchan | Operario | 4114592          |
|                        |                      |          |                  |

|                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| TRABAJO A REALIZAR (Describe brevemente la tarea a realizar)                                               |  |
| Sitio donde se realiza el trabajo: <u>Foto la hoja</u><br>Descripción del Trabajo: <u>Limpieza de Pozo</u> |  |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| Tiempo estimado de realización del trabajo: Horas: _____ Minutos: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------|

| EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                         |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Casco de seguridad con barbuquejo de 3 puntos <input checked="" type="checkbox"/> | Amés cuerpo completo <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Gafas de seguridad con banda ajustable <input checked="" type="checkbox"/>        | Eslinga <input type="checkbox"/>                           |
| Guantes de Nitrilo <input type="checkbox"/>                                       | Equipo Autocontenido <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Botas de seguridad <input checked="" type="checkbox"/>                            | Respirador de Cartucho <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes de cuero <input type="checkbox"/>                                         | Otro, cuál? <input type="checkbox"/>                       |

| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS                                                                    |                                        |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Se ha notificado a los departamentos afectados por la suspensión del servicio                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha verificado el bloqueo de energías y suministros de productos o materias primas?                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha purgado o limpiado el sitio de trabajo?                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se realizaron las mediciones ambientales?                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se han instalado barreras o guardas para restringir el acceso?                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Las personas autorizadas para ejecutar la labor han recibido instrucciones y las normas de seguridad para realizar la tarea? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se requiere la presencia de un brigadista para realizar el trabajo?                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | N.A <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se han consultado otros permisos y cumplen con los requisitos de éstos en caso de trabajos en caliente y alturas?            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se estableció el código de comunicaciones?                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se dispone de herramientas adecuadas y suficientes para realizar el trabajo?                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los contratistas conocen y han diligenciado el permiso de trabajo?                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los trabajadores que realizarán la labor tiene seguridad social al día y fue verificada antes de iniciar la labor?           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |

| SITUACIÓN DE PELIGRO EN EL ESPACIO CONFINADO                       |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Atrapamiento Mecánico <input type="checkbox"/>                     | Incendio <input type="checkbox"/>                   |
| Atrapamiento con producto o materia Prima <input type="checkbox"/> | Explosión <input type="checkbox"/>                  |
| Contacto con electricidad <input checked="" type="checkbox"/>      | Vapores tóxicos <input checked="" type="checkbox"/> |
| Temperaturas extremas <input type="checkbox"/>                     | Caidas <input checked="" type="checkbox"/>          |
| Quemaduras <input type="checkbox"/>                                | Otro, Cuál? <input type="checkbox"/>                |
| Golpes <input checked="" type="checkbox"/>                         |                                                     |

|                     |                                |                                                  |                                           |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| CONDICIÓN ACEPTABLE | Oxígeno mínimo: 19,5 %         | Inflamabilidad por explosímetro Máximo 10% L.E.L | Temperatura ambiente Máximo 35 grados. C. |
|                     | Oxígeno máximo: 23,5%          |                                                  |                                           |
|                     | Mediciones cada: _____ hora(s) |                                                  |                                           |

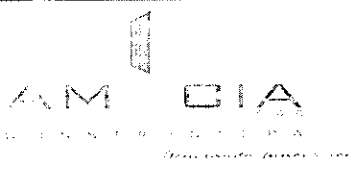
|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES:                                                         |
| <u>Escalera Dañada, no es segura Para ingreso del personal al Pozo</u> |



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                                                                       |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) <u>01/04/2024</u>                                                                                                                   | AL: (D/M/A) <u>01/04/2024</u>                                                                                   | Hora de Inicio: <u>4:40 PM</u>                                                                                                        | Hora de Finalización: <u>5:05 PM</u> |
| <b>Manifiesto que conozco y cumplo todos los requisitos establecidos en el presente permiso y me acojo a las condiciones identificadas en el mismo.</b> |                                                                                                                 |                                                                                                                                       |                                      |
| <b>Trabajador (1)</b><br>Nombre: <u>Wilson David</u><br>C.C. <u>4114592</u><br>Firma: <u>Wilson David MC</u>                                            | <b>Trabajador (2)</b><br>Nombre: <u>Anderson Guello</u><br>C.C. <u>5633040</u><br>Firma: <u>Anderson Guello</u> | <b>Trabajador (3)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                  |                                      |
| <b>Trabajador (4)</b><br>Nombre: <u>Jose Benavides</u><br>C.C. <u>1069749055</u><br>Firma: <u>Jose Benavides</u>                                        | <b>Trabajador (5)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                            | <b>Trabajador (6)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                  |                                      |
| Solicitado Por: <u>[Signature]</u><br>Nombre: <u>ELIANA D. SIENA</u><br>C.C. <u>3523792</u><br>Empresa: <u>M.</u>                                       |                                                                                                                 | Autorizado Por: <u>[Signature]</u><br>Nombre: <u>Martha L. Brilla Garces</u><br>C.C.: <u>52869499</u><br>Empresa: <u>JYS. Sumapaz</u> |                                      |



|                                                                                  |                                                     |                     |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                  |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                  |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

Válido del: (D/M/A) 02/04/2024 AL: (D/M/A) 02/04/2024 Hora de Inicio: 9:40am Hora de Finalización: 10:10 am

| PERSONAL AUTORIZADO    |                       |          |                  |
|------------------------|-----------------------|----------|------------------|
| EJECUTORES DEL TRABAJO | NOMBRES Y APELLIDOS   | CARGO    | NUMERO DE CEDULA |
|                        | Wilton Danilo Merchan | operario | 4114592          |
|                        | Anderson Conello      | operario | 5633040          |
|                        | Jose Daniel Benavides | operario | 1069749055       |

TRABAJO A REALIZAR (Describe brevemente la tarea a realizar)

Sitio donde se realiza el trabajo: Patial Dorado

Descripción del Trabajo: Limpieza Pozo

Tiempo estimado de realización del trabajo: Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

| EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS     |                                     |                        |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Casco de seguridad con barbuquejo de 3 puntos | <input checked="" type="checkbox"/> | Arnés cuerpo completo  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gafas de seguridad con banda ajustable        | <input checked="" type="checkbox"/> | Eslinga                | <input type="checkbox"/>            |
| Gautes de Nitrilo                             | <input type="checkbox"/>            | Equipo Autocontenido   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Botas de seguridad                            | <input checked="" type="checkbox"/> | Respirador de Cartucho | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gautes de cuero                               | <input type="checkbox"/>            | Otro, cuál?            | <input type="checkbox"/>            |

| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS                                                                    |                                        |    |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----|-------------------------------------|
| Se ha notificado a los departamentos afectados por la suspensión del servicio                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Se ha verificado el bloqueo de energías y suministros de productos o materias primas?                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Se ha purgado o limpiado el sitio de trabajo?                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Se realizarán las mediciones ambientales?                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Se han instalado barreras o guardas para restringir el acceso?                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Las personas autorizadas para ejecutar la labor han recibido instrucciones y las normas de seguridad para realizar la tarea? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Se requiere la presencia de un brigadista para realizar el trabajo?                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se han consultado otros permisos y cumplen con los requisitos de éstos en caso de trabajos en caliente y alturas?            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Se estableció el código de comunicaciones?                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Se dispone de herramientas adecuadas y suficientes para realizar el trabajo?                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Los contratistas conocen y han diligenciado el permiso de trabajo?                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |
| Los trabajadores que realizarán la labor tiene seguridad social al día y fue verificada antes de iniciar la labor?           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NA |                                     |

| SITUACIÓN DE PELIGRO EN EL ESPACIO CONFINADO |                                     |                 |                                     |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Atrapamiento Mecánico                        | <input type="checkbox"/>            | Incendio        | <input type="checkbox"/>            |
| Atrapamiento con producto o materia Prima    | <input type="checkbox"/>            | Explosión       | <input type="checkbox"/>            |
| Contacto con electricidad                    | <input checked="" type="checkbox"/> | Vapores tóxicos | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Temperaturas extremas                        | <input type="checkbox"/>            | Caidas          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Quemaduras                                   | <input type="checkbox"/>            | Otro,Cuál?      | <input type="checkbox"/>            |
| Goipes                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |                 |                                     |

|                     |                                |                                              |     |                                           |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|-----|-------------------------------------------|
| CONDICIÓN ACEPTABLE | Oxígeno mínimo: 19,5 %         | Inflamabilidad por explosímetro Máximo L.E.L | 10% | Temperatura ambiente Máximo 35 grados. C. |
|                     | Oxígeno máximo: 23,5%          |                                              |     |                                           |
|                     | Mediciones cada: _____ hora(s) |                                              |     |                                           |

OBSERVACIONES:

/

/

/

/

/



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                  |                                                                                                                                |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) <u>02/04/2024</u>                                                                                                                   | AL: (D/M/A) <u>02/04/2024</u>                                                                                    | Hora de Inicio: <u>9:40 am</u>                                                                                                 | Hora de Finalización: <u>10:10 am</u> |
| <b>Manifiesto que conozco y cumplo todos los requisitos establecidos en el presente permiso y me acojo a las condiciones identificadas en el mismo.</b> |                                                                                                                  |                                                                                                                                |                                       |
| <b>Trabajador (1)</b><br>Nombre: <u>Wilson Dario</u><br>C.C.: <u>4114592</u><br>Firma: <u>Wilson Dario MC.</u>                                          | <b>Trabajador (2)</b><br>Nombre: <u>Anderson Boello</u><br>C.C.: <u>5633040</u><br>Firma: <u>Anderson Boello</u> | <b>Trabajador (3)</b><br>Nombre: _____<br>C.C.: _____<br>Firma: _____                                                          |                                       |
| <b>Trabajador (4)</b><br>Nombre: <u>José Benavides</u><br>C.C.: <u>1069749055</u><br>Firma: <u>José Benavides</u>                                       | <b>Trabajador (5)</b><br>Nombre: _____<br>C.C.: _____<br>Firma: _____                                            | <b>Trabajador (6)</b><br>Nombre: _____<br>C.C.: _____<br>Firma: _____                                                          |                                       |
| Solicitado Por: <u>[Firma]</u><br>Nombre: <u>CLAUDIA SIERRA</u><br>C.C.: <u>35253952</u><br>Empresa: <u>JW.</u>                                         |                                                                                                                  | Autorizado Por: <u>[Firma]</u><br>Nombre: <u>Yolanda C. Daulta Garg</u><br>C.C.: <u>52869499</u><br>Empresa: <u>JYJ Smapoz</u> |                                       |



|                                                                                                                                                                |                                                                           |                     |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  <p><b>AM&amp;CIA</b><br/>CONSTRUCTORA<br/><i>Generando Innovación...</i></p> | <p align="center"><b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b></p> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                                                                                                |                                                                           | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                                                                                                |                                                                           | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                       |                               |                               |                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) <u>03/04/2024</u> | AL: (D/M/A) <u>03/04/2024</u> | Hora de Inicio: <u>9:16am</u> | Hora de Finalización: <u>11:10 am</u> |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|

| PERSONAL AUTORIZADO    |                       |          |                  |
|------------------------|-----------------------|----------|------------------|
| EJECUTORES DEL TRABAJO | NOMBRES Y APELLIDOS   | CARGO    | NUMERO DE CEDULA |
|                        | Wilson Dario Herchan  | operario | 4114592          |
|                        | José Daniel Espaunder | operario | 1069749055       |
|                        | Anderson Ceballos     | operario | 5633040          |
|                        |                       |          |                  |

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| TRABAJO A REALIZAR (Describe brevemente la tarea a realizar) |
|--------------------------------------------------------------|

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| Sitio donde se realiza el trabajo: | <u>Portal Suba</u> |
|------------------------------------|--------------------|

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| Descripción del Trabajo: | <u>Limpieza de Pozo</u> |
|--------------------------|-------------------------|

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| Tiempo estimado de realización del trabajo: Horas: _____ Minutos: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------|

|                                           |
|-------------------------------------------|
| EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |
|-------------------------------------------|

|                                               |                                     |                        |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Casco de seguridad con barbuquejo de 3 puntos | <input checked="" type="checkbox"/> | Amés cuerpo completo   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gafas de seguridad con banda ajustable        | <input checked="" type="checkbox"/> | Eslinga                | <input type="checkbox"/>            |
| Gautes de Nitrilo                             | <input type="checkbox"/>            | Equipo Autocontenido   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Botas de seguridad                            | <input checked="" type="checkbox"/> | Respirador de Cartucho | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gautes de cuero                               | <input type="checkbox"/>            | Otro, cuál?            | <input type="checkbox"/>            |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS |
|-----------------------------------------------------------|

|                                                                                                                              |                                        |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Se ha notificado a los departamentos afectados por la suspensión del servicio                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha verificado el bloqueo de energías y suministros de productos o materias primas?                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha purgado o limpiado el sitio de trabajo?                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se realizaron las mediciones ambientales?                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se han instalado barreras o guardas para restringir el acceso?                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Las personas autorizadas para ejecutar la labor han recibido instrucciones y las normas de seguridad para realizar la tarea? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se requiere la presencia de un brigadista para realizar el trabajo?                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | N.A <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se han consultado otros permisos y cumplen con los requisitos de éstos en caso de trabajos en caliente y alturas?            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se estableció el código de comunicaciones?                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se dispone de herramientas adecuadas y suficientes para realizar el trabajo?                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los contratistas conocen y han diligenciado el permiso de trabajo?                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los trabajadores que realizarán la labor tiene seguridad social al día y fue verificada antes de iniciar la labor?           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |

|                                              |
|----------------------------------------------|
| SITUACIÓN DE PELIGRO EN EL ESPACIO CONFINADO |
|----------------------------------------------|

|                                           |                                     |                 |                                     |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Atrapamiento Mecánico                     | <input type="checkbox"/>            | Incendio        | <input type="checkbox"/>            |
| Atrapamiento con producto o materia Prima | <input type="checkbox"/>            | Explosión       | <input type="checkbox"/>            |
| Contacto con electricidad                 | <input checked="" type="checkbox"/> | Vapores tóxicos | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Temperaturas extremas                     | <input type="checkbox"/>            | Caidas          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Quemaduras                                | <input type="checkbox"/>            | Otro, Cuál?     | <input type="checkbox"/>            |
| Golpes                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                 |                                     |

|                     |                                |                                                  |                                           |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| CONDICIÓN ACEPTABLE | Oxígeno mínimo: 19,5 %         | Inflamabilidad por explosímetro Máximo 10% L.E.L | Temperatura ambiente Máximo 35 grados. C. |
|                     | Oxígeno máximo: 23,5%          |                                                  |                                           |
|                     | Mediciones cada: _____ hora(s) |                                                  |                                           |

|                |  |  |  |
|----------------|--|--|--|
| OBSERVACIONES: |  |  |  |
|----------------|--|--|--|



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                 |  |                                                                                                                                 |  |                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Válido del: (D/M/A) <u>03/04/2024</u>                                                                                                                   |  | AL: (D/M/A) <u>03/04/2024</u>                                                                                   |  | Hora de Inicio: <u>9:16am</u>                                                                                                   |  | Hora de Finalización: <u>11:10 am</u> |  |
| <b>Manifiesto que conozco y cumplo todos los requisitos establecidos en el presente permiso y me acojo a las condiciones identificadas en el mismo.</b> |  |                                                                                                                 |  |                                                                                                                                 |  |                                       |  |
| <b>Trabajador (1)</b><br>Nombre: <u>José Benavides</u><br>C.C. <u>1069749055</u><br>Firma: <u>José Benavides</u>                                        |  | <b>Trabajador (2)</b><br>Nombre: <u>Anderson Baello</u><br>C.C. <u>5633040</u><br>Firma: <u>Anderson Baello</u> |  | <b>Trabajador (3)</b><br>Nombre: <u>Wilson</u><br>C.C. <u>1111592</u><br>Firma: <u>Wilson</u>                                   |  |                                       |  |
| <b>Trabajador (4)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                                    |  | <b>Trabajador (5)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                            |  | <b>Trabajador (6)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                            |  |                                       |  |
| Solicitado Por: <u>[Firma]</u><br>Nombre: <u>CLAUDIA SIEM</u><br>C.C.: <u>35253752</u><br>Empresa: <u>JYJ</u>                                           |  |                                                                                                                 |  | Autorizado Por: <u>[Firma]</u><br>Nombre: <u>Martha C. Arakta baris</u><br>C.C.: <u>52869499</u><br>Empresa: <u>JYJ Sumapaz</u> |  |                                       |  |



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                       |                               |                                |                                      |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) <u>05/04/2024</u> | AL: (D/M/A) <u>05/04/2024</u> | Hora de Inicio: <u>8:35 am</u> | Hora de Finalización: <u>9:10 am</u> |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

| PERSONAL AUTORIZADO  |          |                  |
|----------------------|----------|------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS  | CARGO    | NUMERO DE CEDULA |
| Gilberto Tapiero     | Operario | 5.853.092        |
| Wilson Dario Marchan | Operario | 4114592          |
| /                    | /        | /                |
| /                    | /        | /                |
| /                    | /        | /                |

|                                                                     |                      |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>TRABAJO A REALIZAR (Describe brevemente la tarea a realizar)</b> |                      |
| Sitio donde se realiza el trabajo:                                  | <u>Portal 80</u>     |
| Descripción del Trabajo:                                            | <u>Limpieza Piso</u> |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| Tiempo estimado de realización del trabajo: Horas: _____ Minutos: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------|

| EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS     |                                                                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Casco de seguridad con barbuquejo de 3 puntos | <input checked="" type="checkbox"/> Amén cuerpo completo <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Gafas de seguridad con banda ajustable        | <input checked="" type="checkbox"/> Eslinga <input type="checkbox"/>                           |
| Guantes de Nitrilo                            | <input type="checkbox"/> Equipo Autocontenido <input checked="" type="checkbox"/>              |
| Botas de seguridad                            | <input checked="" type="checkbox"/> Respirador de Cartucho <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes de cuero                              | <input type="checkbox"/> Otro, cuál? <input type="checkbox"/>                                  |

| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS                                                                    |                                        |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Se ha notificado a los departamentos afectados por la suspensión del servicio                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha verificado el bloqueo de energías y suministros de productos o materias primas?                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha purgado o limpiado el sitio de trabajo?                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se realizaron las mediciones ambientales?                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se han instalado barreras o guardas para restringir el acceso?                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Las personas autorizadas para ejecutar la labor han recibido instrucciones y las normas de seguridad para realizar la tarea? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se requiere la presencia de un brigadista para realizar el trabajo?                                                          | SI                                     | N.A <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se han consultado otros permisos y cumplen con los requisitos de éstos en caso de trabajos en caliente y alturas?            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se estableció el código de comunicaciones?                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se dispone de herramientas adecuadas y suficientes para realizar el trabajo?                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los contratistas conocen y han diligenciado el permiso de trabajo?                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los trabajadores que realizarán la labor tiene seguridad social al día y fue verificada antes de iniciar la labor?           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |

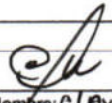
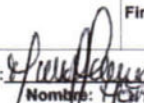
| SITUACIÓN DE PELIGRO EN EL ESPACIO CONFINADO |                                                                                         |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Atrapamiento Mecánico                        | <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/>                              |
| Atrapamiento con producto o materia Prima    | <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/>                             |
| Contacto con electricidad                    | <input checked="" type="checkbox"/> Vapores tóxicos <input checked="" type="checkbox"/> |
| Temperaturas extremas                        | <input type="checkbox"/> Caídas <input checked="" type="checkbox"/>                     |
| Quemaduras                                   | <input type="checkbox"/> Otro, Cuál? <input type="checkbox"/>                           |
| Golpes                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                     |

|                     |                                |                                                  |                                           |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| CONDICIÓN ACEPTABLE | Oxígeno mínimo: 19,5 %         | Inflamabilidad por explosímetro Máximo 10% L.E.L | Temperatura ambiente Máximo 35 grados. C. |
|                     | Oxígeno máximo: 23,5%          |                                                  |                                           |
|                     | Mediciones cada: _____ hora(s) |                                                  |                                           |

|                |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES: | / | / | / | / |
|----------------|---|---|---|---|



|                                                                                                                                                      |                                                                           |                     |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  <p>AM&amp;CIA<br/>CONSTRUCTORA<br/><i>Generando Innovación</i></p> | <p align="center"><b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b></p> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                                                                                      |                                                                           | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                                                                                      |                                                                           | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                                                                                                                                                                         |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                          |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) <u>05/04/2024</u>                                                                                                                                                   | AL: (D/M/A) <u>05/04/2024</u>                                                        | Hora de Inicio: <u>8:35 am</u>                                                                                                                                                                           | Hora de Finalización: <u>9:10 am</u> |
| <p><b>Manifiesto que conozco y cumplo todos los requisitos establecidos en el presente permiso y me acojo a las condiciones identificadas en el mismo.</b></p>                          |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                          |                                      |
| <b>Trabajador (1)</b><br>Nombre: <u>Wilson Dario</u><br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                                                      | <b>Trabajador (2)</b><br>Nombre: <u>Gilberto Tapia</u><br>C.C. _____<br>Firma: _____ | <b>Trabajador (3)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                                                                                     |                                      |
| <b>Trabajador (4)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                                                                    | <b>Trabajador (5)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                 | <b>Trabajador (6)</b><br>Nombre: _____<br>C.C. _____<br>Firma: _____                                                                                                                                     |                                      |
| <b>Solicitado Por:</b> <br>Nombre: <u>CLAVIO SIERRA</u><br>C.C.: <u>36153962</u><br>Empresa: <u>dy</u> |                                                                                      | <b>Autorizado Por:</b> <br>Nombre: <u>Yohana L. Arista Garces</u><br>C.C.: <u>52869499</u><br>Empresa: <u>Sumapaz</u> |                                      |



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                       |                               |                                |                                      |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Válido del: (D/M/A) <u>08/04/2024</u> | AL: (D/M/A) <u>08/04/2024</u> | Hora de Inicio: <u>7:53 am</u> | Hora de Finalización: <u>9:16 am</u> |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

| PERSONAL AUTORIZADO    |                         |          |                  |
|------------------------|-------------------------|----------|------------------|
|                        | NOMBRES Y APELLIDOS     | CARGO    | NUMERO DE CEDULA |
| EJECUTORES DEL TRABAJO | Wilson Danilo Merchan   | operario | 4114592          |
|                        | Jose Reinel Banavipiles | operario | 1069749055       |
|                        | Andersen Cohello        | operario | 5633040          |
|                        |                         |          |                  |

|                                                              |                       |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|
| TRABAJO A REALIZAR (Describe brevemente la tarea a realizar) |                       |
| Sitio donde se realiza el trabajo:                           | <u>Museo Nacional</u> |
| Descripción del Trabajo:                                     | <u>Limpieza Pozo</u>  |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| Tiempo estimado de realización del trabajo: Horas: _____ Minutos: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------|

| EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS     |                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Casco de seguridad con barbuquejo de 3 puntos | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| Gafas de seguridad con banda ajustable        | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| Guantes de Nitrilo                            | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |
| Botas de seguridad                            | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes de cuero                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                       |

| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS                                                                    |                                        |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Se ha notificado a los departamentos afectados por la suspensión del servicio                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha verificado el bloqueo de energías y suministros de productos o materias primas?                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se ha purgado o limpiado el sitio de trabajo?                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se realizaron las mediciones ambientales?                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se han instalado barreras o guardas para restringir el acceso?                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Las personas autorizadas para ejecutar la labor han recibido instrucciones y las normas de seguridad para realizar la tarea? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se requiere la presencia de un brigadista para realizar el trabajo?                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | N.A <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se han consultado otros permisos y cumplen con los requisitos de éstos en caso de trabajos en caliente y alturas?            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se estableció el código de comunicaciones?                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Se dispone de herramientas adecuadas y suficientes para realizar el trabajo?                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los contratistas conocen y han diligenciado el permiso de trabajo?                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |
| Los trabajadores que realizarán la labor tiene seguridad social al día y fue verificada antes de iniciar la labor?           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                                     |

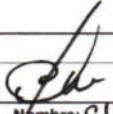
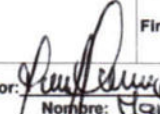
| SITUACIÓN DE PELIGRO EN EL ESPACIO CONFINADO |                                                              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Atrapamiento Mecánico                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| Atrapamiento con producto o materia Prima    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| Contacto con electricidad                    | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Temperaturas extremas                        | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Quemaduras                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| Golpes                                       | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

|                     |                                |                                                  |                                           |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| CONDICIÓN ACEPTABLE | Oxígeno mínimo: 19.5 %         | Inflamabilidad por explosímetro Máximo 10% L.E.L | Temperatura ambiente Máximo 35 grados. C. |
|                     | Oxígeno máximo: 23.5%          |                                                  |                                           |
|                     | Mediciones cada: _____ hora(s) |                                                  |                                           |

|                |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
|                |



|                                                                                   |                                                     |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
|  | <b>PERMISO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> | CÓDIGO              | GI-FR-18  |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN             | 2         |
|                                                                                   |                                                     | FECHA DE APROBACIÓN | 9/03/2018 |

|                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                               |  |                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Válido del: (D/M/A) <u>08/04/2024</u>                                                                                                                                                         |  | AL: (D/M/A) <u>08/04/2024</u>                                                                                  |  | Hora de Inicio: <u>7:53am</u>                                                                                                                                                                                 |  | Hora de Finalización: <u>9:16am</u> |  |
| <b>Manifiesto que conozco y cumplo todos los requisitos establecidos en el presente permiso y me acojo a las condiciones identificadas en el mismo.</b>                                       |  |                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                               |  |                                     |  |
| <b>Trabajador (1):</b><br>Nombre: <u>José Benavides</u><br>C.C.: <u>1069749035</u><br>Firma: <u>José Benavides</u>                                                                            |  | <b>Trabajador (2):</b><br>Nombre: <u>Anderson Boal</u><br>C.C.: <u>56330410</u><br>Firma: <u>Anderson Boal</u> |  | <b>Trabajador (3):</b><br>Nombre: <u>Wilson David</u><br>C.C.: <u>1116592</u><br>Firma: <u>Wilson</u>                                                                                                         |  |                                     |  |
| <b>Trabajador (4):</b><br>Nombre: _____<br>C.C.: _____<br>Firma: _____                                                                                                                        |  | <b>Trabajador (5):</b><br>Nombre: _____<br>C.C.: _____<br>Firma: _____                                         |  | <b>Trabajador (6):</b><br>Nombre: _____<br>C.C.: _____<br>Firma: _____                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| <b>Solicitado Por:</b><br><br>Nombre: <u>CLAUDIA SIERRA</u><br>C.C.: <u>35203952</u><br>Empresa: <u>J.D.</u> |  |                                                                                                                |  | <b>Autorizado Por:</b><br><br>Nombre: <u>Martha Cecilia García</u><br>C.C.: <u>52469499</u><br>Empresa: <u>S4S Simapaz</u> |  |                                     |  |



**Resolución 4272 de 2021, Artículo 15.** El permiso de trabajo en alturas es un mecanismo que mediante la verificación y control previo de todos los aspectos relacionados en la presente resolución, tiene como objeto prevenir la ocurrencia de accidentes durante la realización de trabajos en alturas.  
Todos los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo o sus anexos.  
Siempre que un trabajador ingrese a una zona de peligro, debe contar con la debida autorización y si requiere exponerse al riesgo de caídas, debe contar con un aval a través de un permiso de trabajo en alturas acompañado de una lista de chequeo, más aun en caso de que no haya barandas, sistemas de control de acceso, demarcación o sistemas de barreras físicas que cumplan con las especificaciones descritas en la presente resolución.

**1. DATOS BÁSICOS DEL PERMISO DE TRABAJO**

|                  |               |                                        |                   |                       |             |
|------------------|---------------|----------------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------|
| Empresa:         | CMYCA         | Ciudad:                                | Bogotá            | Lugar de trabajo:     | portal sot. |
| Área/Proceso:    | mantenimiento | Ubicación donde se realiza el trabajo: | ingreso principal | Vigencia del Permiso: | 4 días      |
| Fecha de inicio: | 04/04/2024    | Fecha de finalización:                 | 07/04/2024        |                       |             |
| Hora de inicio:  | 12:00am       | Hora de finalización:                  | 3:50 am 3:50 am   |                       |             |

**2. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR**

Tipos de trabajos a realizar:

|                 |                                     |                |                              |            |                                     |             |                              |                    |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|----------------|------------------------------|------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| Posicionamiento | <input checked="" type="checkbox"/> | Desplazamiento | <input type="checkbox"/> N/A | Suspensión | <input checked="" type="checkbox"/> | Restricción | <input type="checkbox"/> N/A | Ascenso y descenso | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|-------------------------------------|----------------|------------------------------|------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------|

Otro ¿Cuáles? N/A

Actividades a realizar: mantenimiento a techo falso.

**Descripción y procedimiento para desarrollar el trabajo:**

1. Prospección de área.
2. Prospección de equipo.
3. Transporte de andamio a lugar de trabajo.
4. Postura de equipos y señalización.
5. Alineamiento de andamio.
6. Ejecución de actividad.
7. Desarme de andamio.
8. Orden y aseo.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.

**Herramientas a utilizar:**

Espátula, Lija.

Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad: 7 metros

**3. TRABAJADORES AUTORIZADOS PARA LA ACTIVIDAD**

Conocemos los riesgos presentes en la actividad laboral y nos comprometemos a ejecutar el trabajo siguiendo todas las normas de seguridad industrial establecidas por la empresa

| NOMBRE           | CÉDULA     | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES                           | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|------------------|------------|-------|--------|-------------------------------------|--------|---------|--------|---------|
| Cristian Camargo | 1009782250 |       |        | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |        |         |
| Raúl Reyes       | 109163665  |       |        | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |        |         |
|                  |            |       |        |                                     |        |         |        |         |
|                  |            |       |        |                                     |        |         |        |         |
|                  |            |       |        |                                     |        |         |        |         |
|                  |            |       |        |                                     |        |         |        |         |
|                  |            |       |        |                                     |        |         |        |         |
|                  |            |       |        |                                     |        |         |        |         |
|                  |            |       |        |                                     |        |         |        |         |

**4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN**

Marque con un ☒ el sistema de acceso que se utilizara y si se involucran otras TAR

Los sistemas de acceso y las TAR que no se vayan a utilizar marcar con una /

|                                |                                             |                                       |                                                   |                          |                                                                                           |
|--------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sistemas de Acceso a Utilizar: | Andamio <input checked="" type="checkbox"/> | Escalera <input type="checkbox"/> N/A | Elevador de Personal <input type="checkbox"/> N/A | Se involucran otras TAR: | Energías Peligrosas <input type="checkbox"/> Trabajo en caliente <input type="checkbox"/> |
| Otros (¿Cuáles?):              | N/A                                         |                                       |                                                   | Otros (¿Cuáles?):        | Espacios Confinados <input type="checkbox"/> N/A                                          |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)**

Marque con un ☒ los elementos de protección personal (EPP) que se van a utilizar.

Los elementos de protección personal (EPP) que no se vayan a utilizar marcar con una /

|                      |                                     |                         |                                     |                        |                                     |              |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Casco dieléctrico    | <input checked="" type="checkbox"/> | Protección respiratoria | <input type="checkbox"/> N/A        | Guantes de vaqueta     | <input type="checkbox"/> N/A        | Otro?/¿Cuál? |
| Barbuquejo           | <input checked="" type="checkbox"/> | Protección auditiva     | <input type="checkbox"/> N/A        | Guantes de caucho      | <input type="checkbox"/> N/A        | N/A          |
| Calzado de seguridad | <input type="checkbox"/> N/A        | Botas de seguridad      | <input checked="" type="checkbox"/> | Guantes de poliuretano | <input checked="" type="checkbox"/> |              |



**EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (EPCC)**

| Marque con un ✓ los equipos de protección contra caídas (EPCC) que se van a utilizar |     |                          |     | Los equipos de protección contra caídas (EPCC) que no se van a utilizar marcar con una / |     |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| Eslinga de posicionamiento                                                           | N/A | Punto de anclaje         | ✓   | Rescador                                                                                 | N/A | Otro? ¿Cuál?<br><br>N/A. |
| Eslinga con absorbidor de impacto                                                    | ✓   | Ánulo de cuerpo completo | ✓   | Equipo de rescate                                                                        | N/A |                          |
| Freno                                                                                | N/A | Tirón de vida            | N/A | Mosquetón                                                                                | N/A |                          |

**5. LISTA DE CHEQUEO DIARIA**

Diligencia (S) se realiza, (N) no se realiza o (N/A) no aplica

| ITEM                                                                                                                                       | LUNES  | MARTES | MÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------|--------|---------|--------|---------|
|                                                                                                                                            | S/N/NA | S/N/NA | S/N/NA   | S/N/NA | S/N/NA  | S/N/NA | S/N/NA  |
| Se realizó el análisis de seguridad en el trabajo, (ATS)                                                                                   |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Se verificó la afiliación vigente a la seguridad social del personal que va a realizar la tarea                                            |        |        | SI       |        |         |        |         |
| El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea                                                                    |        |        | SI       |        |         |        |         |
| El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea                                                                      |        |        | SI       |        |         |        |         |
| El equipo para acceder al sitio y al de protección personal fueron inspeccionados                                                          |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar                                                     |        |        | SI       |        |         |        |         |
| El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente                                                             |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Se han instalado mamparas o cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas                            |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas                                                                                  |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida                                                      |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores                                                                               |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| Se verificó los puntos de anclaje para cada uno de los operadores                                                                          |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Los conectores o mosquetones son de doble seguro                                                                                           |        |        | N/K      |        |         |        |         |
| Las cuerdas se encuentran libres de nudos                                                                                                  |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| Todos los trabajadores autorizados conocen las medidas de precaución establecidas en la evaluación de riesgos                              |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos                                                               |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación                                                        |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo                                                                                |        |        | SI       |        |         |        |         |
| El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse                   |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate                                                     |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios                                                                           |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Están operando los frenos de las ruedas de los andamios                                                                                    |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Los canes o plataformas están asegurados y sobresalen mínimo 30 cm. c/d andamio                                                            |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Se ha dispuesto de los elementos necesarios para izar y descender la herramienta                                                           |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| Los andamios se encuentran asegurados cada tres cuerpos                                                                                    |        |        | SI       |        |         |        |         |
| Las guayas de acero son del calibre definido para el tipo de andamio colgante, se encuentran en buen estado y aseguradas en forma correcta |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| Las barandas del andamio cumplen con las especificaciones técnicas                                                                         |        |        | N/A      |        |         |        |         |
| Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas                                                                                        |        |        | N/A      |        |         |        |         |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS DISEÑADO BAJO REQUISITOS DE RESOLUCION 4373/2021

Código: SST 437-08  
Fecha: 11/03/2024  
Versión: 1

6. PERSONAL ENCARGADO QUE AUTORIZA EL TRABAJO EN ALTURAS

Antes de verificar las condiciones en campo y los controles para minimizar los riesgos asociados al trabajo y los comunicáramos al equipo de trabajo, hemos verificado el estado de equipos y herramientas y EPP los cuales son óptimos para su uso.

| FECHA<br>(dd/mm/aa) | VALIDEZ<br>Desde y hasta hora/hora | ENCARGADO DE OBRA<br>Firma y cédula | INSPECTOR SST / COORDINADOR DE ALTURAS<br>Firma y cédula |
|---------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 04/04/2024          | 12:00pm 4:50pm                     |                                     | Cristian Camarero 107312228 dl                           |

7. PERSONAL ENCARGADO DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

| FECHA<br>(dd/mm/aaaa) | NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | FIRMA |
|-----------------------|---------------------|--------|-------|
|                       | N/A                 |        |       |

8. AYUDANTE DE SEGURIDAD

| FECHA<br>(dd/mm/aaaa) | NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | FIRMA |
|-----------------------|---------------------|--------|-------|
|                       | N/A                 |        |       |

9. OBSERVACIONES

N/A

10. CIERRE DE PERMISO

| ITEM                                                          | SI | NO | FECHA Y HORA (dd/mm/aa/ (am/pm)) |
|---------------------------------------------------------------|----|----|----------------------------------|
| El área queda limpia y en perfectas condiciones de aseo       | /  |    | 07/04/2023                       |
| Se terminaron las labores que generaron el permiso de trabajo | /  |    |                                  |
| El permiso se cierra totalmente                               | /  |    |                                  |

Firma y cédula del coordinador de alturas

Firma y cédula del Encargado SST

Firma y cédula del Encargado obra

N/A

El permiso de trabajo debe tener en cuenta las medidas para garantizar que se mantenga una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados y que se cuente con los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dielécticas, parrillas, EPP dieléctrico, arco eléctrico, entre otros.)



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS DISEÑADO BAJO REQUISITOS DE RESOLUCION 4272/2021

Código: SST-FD-08  
Fecha: 11/03/2024  
Versión: 1

Resolución 4272 de 2021, Artículo 15. El permiso de trabajo en alturas es un mecanismo que mediante la verificación y control previo de todos los aspectos relacionados en la presente resolución, tiene como objeto prevenir la ocurrencia de accidentes durante la realización de trabajos en alturas.  
Todos los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo o sus anexos.  
Siempre que un trabajador ingrese a una zona de peligro, debe contar con la debida autorización y si requiere exponerse al riesgo de caídas, debe contar con un aval a través de un permiso de trabajo en alturas acompañado de una lista de chequeo, más aun en caso de que no haya barandas, sistemas de control de acceso, demarcación o sistemas de barreras físicas que cumplan con las especificaciones descritas en la presente resolución.

1. DATOS BÁSICOS DEL PERMISO DE TRABAJO

Empresa: IMI Ciudad: Bogotá Lugar de trabajo: Portal 20 Julio  
Ape/Proceso: Bricolaje Ubicación donde se realiza el trabajo: pasillos y bicoqueta Vigencia del Permiso: 3 días  
Vigencia del permiso (Máximo una semana):  
Fecha de inicio: 27/03/2024 Fecha de finalización: 4:00 am  
Hora de inicio: 12:30 am Hora de finalización: 30/03/2024

2. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Tipos de trabajos a realizar:

Posicionamiento

N/A

Desplazamiento

X

Suspensión

N/A

Restricción

N/A

Ascenso y descenso

X

Otro (¿Cuáles?)

Actividades a realizar:

Reparar y Pintar el cielo Razo

Descripción y procedimiento para desarrollar el trabajo:

1. Sanitización y inspección del area.
2. Inspección de equipos, andamio, Herramientas
3. Armao de andamio.
4. Realización de la Actividad Reparar y Pintura techo
5. Desarme de andamio
6. Orden y aseo.

7.  
8.  
9.  
10.  
11.  
12.

Herramientas a utilizar:

Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad:

2 metros.

3. TRABAJADORES AUTORIZADOS PARA LA ACTIVIDAD

Conocemos los riesgos presentes en la actividad laboral y nos comprometemos a ejecutar el trabajo siguiendo todas las normas de seguridad industrial establecidas por la empresa

| NOMBRE                  | CÉDULA            | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|-------------------------|-------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| <u>Christian Canang</u> | <u>69378256</u>   |       |        | <u>X</u>  |        |         |        |         |
| <u>JOSE AGUILAR</u>     | <u>7026573714</u> |       |        | <u>X</u>  |        |         |        |         |
| <u>MONI GUSTAS</u>      | <u>1091653605</u> |       |        | <u>X</u>  |        |         |        |         |
|                         |                   |       |        |           |        |         |        |         |
|                         |                   |       |        |           |        |         |        |         |
|                         |                   |       |        |           |        |         |        |         |
|                         |                   |       |        |           |        |         |        |         |
|                         |                   |       |        |           |        |         |        |         |
|                         |                   |       |        |           |        |         |        |         |

4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

Marque con un ☒ el sistema de acceso que se utilizara y si se involucran otras TAR

Los sistemas de acceso y las TAR que no se vayan a utilizar marcar con una /.

Sistemas de Acceso a Utilizar:

Andamio ☒

Escala ☐

Elevador de Personal ☐

Se Involucran otras TAR:

Energías Peligrosas ☐

Trabajo en caliente ☐

Espacio Confinados ☐

N/A

Otros (¿Cuáles?)

N/A

Otros (¿Cuáles?)

N/A

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Marque con un ☒ los elementos de protección personal (EPP) que se van a utilizar.

Los elementos de protección personal (EPP) que no se vayan a utilizar marcar con una /.

|                    |                                     |                         |                                     |                        |                                     |              |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Casco dieléctico   | <input checked="" type="checkbox"/> | Protección respiratoria | <input checked="" type="checkbox"/> | Guantes de vaqueta     | <u>N/A</u>                          | Otro?/¿Cual? |
| Barbuquejo         | <input checked="" type="checkbox"/> | Protección auditiva     | <u>N/A</u>                          | Guantes de caucho      | <u>N/A</u>                          | <u>N/A</u>   |
| Gafas de seguridad | <input checked="" type="checkbox"/> | Botas de seguridad      | <input checked="" type="checkbox"/> | Guantes de poliuretano | <input checked="" type="checkbox"/> |              |



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS DISEÑADO BAJO REQUISITOS DE RESOLUCION 4272/2021**

Código: SST-FO-08  
 Fecha: 11/03/2024  
 Versión: 1

**EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (EPC)**

Marque con un ☒ los equipos de protección contra caídas (EPCC) que se van a utilizar.

Los equipos de protección contra caídas (EPCC) que no se van a utilizar marcar con una /.

|                                   |                                     |                          |                                     |                   |                                     |              |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------|
| Eslinga de posicionamiento        | N/A                                 | Punto de anclaje         | <input checked="" type="checkbox"/> | Descendedor       | N/A                                 | Otro?/¿Cuál? |
| Eslinga con absorbedor de impacto | <input checked="" type="checkbox"/> | Arnés de cuerpo completo | <input checked="" type="checkbox"/> | Equipo de rescate | N/A                                 |              |
| Freno                             | N/A                                 | Línea de vida            | N/A                                 | Mosquetón         | <input checked="" type="checkbox"/> | N/A          |

**5. LISTA DE CHEQUEO DIARIA**

Diligencia (S) se realiza, (N) no se realiza o (N/A) no aplica

| ÍTEM                                                                                                                                        | LUNES  | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|                                                                                                                                             | S/N/NA | S/N/NA | S/N/NA    | S/N/NA | S/N/NA  | S/N/NA | S/N/NA  |
| Se realizó el análisis de seguridad en el trabajo, (ATAS)                                                                                   |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Se verificó la afiliación vigente a la seguridad social del personal que va a realizar la tarea.                                            |        |        | SI        |        |         |        |         |
| El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea.                                                                    |        |        | SI        |        |         |        |         |
| El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea.                                                                      |        |        | SI        |        |         |        |         |
| El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados.                                                          |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar.                                                     |        |        | SI        |        |         |        |         |
| El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente.                                                             |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Se han instalado mamparas o cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas.                            |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas.                                                                                  |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida.                                                      |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores.                                                                               |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Se verificó los puntos de anclaje para cada uno de los operadores.                                                                          |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Los conectores o mosquetones son de doble seguro.                                                                                           |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Las cuerdas se encuentran libres de nudos.                                                                                                  |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Todos los trabajadores autorizados conocen las medidas de precaución establecidas en la evaluación de riesgos.                              |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos.                                                               |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación.                                                        |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo.                                                                                |        |        | SI        |        |         |        |         |
| El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse.                   |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate.                                                     |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios.                                                                           |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Están operando los frenos de las ruedas de los andamios.                                                                                    |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Los canes o plataformas están asegurados y sobresalen mínimo 30 cm. del andamio.                                                            |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Se ha dispuesto de los elementos necesarios para izar y descender la herramienta.                                                           |        |        | SI        |        |         |        |         |
| Los andamios se encuentran asegurados cada tres cuerpos.                                                                                    |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Las guayas de acero son del calibre definido para el tipo de andamio colgante, se encuentran en buen estado y aseguradas en forma correcta. |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Las barandas del andamio cumplen con las especificaciones técnicas.                                                                         |        |        | N/A       |        |         |        |         |
| Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas.                                                                                        |        |        | N/A       |        |         |        |         |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS DISEÑADO BAJO REQUISITOS DE RESOLUCION 4272/2021

|          |            |
|----------|------------|
| Código:  | SST-FO-08  |
| Fecha:   | 11/03/2024 |
| Versión: | 1          |

6. PERSONAL ENCARGADO QUE AUTORIZA EL TRABAJO EN ALTURAS

Después de haber verificado las condiciones en campo y los controles para minimizar los riesgos asociados al trabajo y los comunicaremos al equipo de trabajo, hemos verificado el estado de equipos y herramientas y EPP los cuales son optimos para su uso

| FECHA<br>(dd/mm/aa) | VALIDEZ<br>Desde y hasta hora/hora | ENCARGADO DE OBRA<br>Firma y cédula | INSPECTOR SST / COORDINADOR DE ALTURAS<br>Firma y cédula |
|---------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 27/03/2024          | 28/03/2024 5:00pm                  |                                     | CRISTIAN Camargo 1093182256                              |

7. PERSONAL ENCARGADO DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

| FECHA<br>(dd/mm/aaaa) | NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA     | FIRMA   |
|-----------------------|---------------------|------------|---------|
| 27/03/2024            | CRISTIAN Camargo    | 1093182256 | [Firma] |

8. AYUDANTE DE SEGURIDAD

| FECHA<br>(dd/mm/aaaa) | NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | FIRMA |
|-----------------------|---------------------|--------|-------|
|                       | N/A                 | N/A    | N/A   |

9. OBSERVACIONES

10. CIERRE DE PERMISO

| ITEM                                                          | SI | NO | FECHA Y HORA (dd/mm/aa/ (am-pm)) |
|---------------------------------------------------------------|----|----|----------------------------------|
| El área queda limpia y en perfectas condiciones de aseo       | ✓  |    | N/A                              |
| Se terminaron las labores que generaron el permiso de trabajo | ✓  |    |                                  |
| El permiso se cierra totalmente                               | ✓  |    |                                  |
| Firma y cédula del coordinador de alturas                     |    |    | Firma y cédula del Encargado SST |

Firma y cédula del Encargado obra

N/A

El permiso de trabajo debe tener en cuenta las medidas para garantizar que se mantenga una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados y que se cuente con los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dielécticas, parrillas, EPP dieléctrico, arco eléctrico, entre otros.)





# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

ÁREAS/LUGAR:

ACTIVIDAD A REALIZAR:

HEERRAMIENTAS, M.D. VEHÍCULO A UTILIZAR:

FECHA DE:

HASTA:

HORA DE:

Ch. Cerrado

Ch. No Cerrado

EEA No Aplica

Los evaluadores han realizado un análisis sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos.

Medidas preventivas propuestas:

ANEXOS:

1. Los circuitos eléctricos deben estar debidamente identificados y con su estado no operario.
2. El trabajo se realizará en un área de trabajo.
3. El trabajo se realizará en un área de trabajo.
4. Los riesgos asociados a la actividad son los siguientes:
5. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
6. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
7. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
8. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
9. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
10. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
11. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
12. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
13. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
14. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
15. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
16. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
17. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
18. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
19. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
20. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
21. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
22. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
23. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
24. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
25. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
26. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
27. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
28. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
29. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
30. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
31. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
32. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
33. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
34. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
35. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
36. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
37. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
38. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
39. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
40. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
41. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
42. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
43. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
44. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
45. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
46. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
47. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
48. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
49. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
50. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
51. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
52. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
53. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
54. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
55. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
56. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
57. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
58. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
59. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
60. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
61. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
62. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
63. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
64. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
65. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
66. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
67. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
68. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
69. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
70. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
71. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
72. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
73. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
74. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
75. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
76. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
77. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
78. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
79. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
80. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
81. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
82. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
83. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
84. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
85. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
86. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
87. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
88. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
89. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
90. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
91. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
92. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
93. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
94. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
95. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
96. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
97. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
98. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
99. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.
100. El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.

Handwritten notes and signatures in the right margin, including a large vertical signature and the word "Firma" at the bottom.

Firma

El personal no debe estar en contacto con las partes calientes.





## PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

PERSONAL AUTORIZADO - TRABAJO EN CALIENTE

Se nos han mencionado los riesgos que implican las tareas, los elementos de protección personal que se deben usar y los procedimientos de trabajo seguro para la ejecución del trabajo.

Acreditamos las normas, procedimientos y recomendaciones mencionadas antes y durante la ejecución del trabajo por el personal SISLMA, para el seguro desarrollo de la labor.

UBICACIÓN CENTRO DE TRABAJO

Portal Dorado

SEMANA DEL 06/09/2024 AL 06/09/2024 MES 11 AÑO 2024

### REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

Después de haber verificado que el trabajador que voy a realizar, los conocimientos y tengo plena conciencia de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizar la actividad y confirmo que mis condiciones de salud no me impiden la realización de estos trabajos en forma segura. (Firma ejecutante)

| NO. | NOMBRE APELLIDO | CEDULA | CARGO | CORRECCIÓN DE SALDO |   | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-----|-----------------|--------|-------|---------------------|---|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|     |                 |        |       | 1                   | 2 |       |        |           |        |         |        |         |
| 1   | Jonathan Moreno |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 2   | Frank Cardona   |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 3   | Henry Sanabria  |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 4   |                 |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 5   |                 |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 6   |                 |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 7   |                 |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 8   |                 |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 9   |                 |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 10  |                 |        |       |                     |   |       |        |           |        |         |        |         |

- OBSERVACIONES:
1. Condiciones de Salud del trabajador (Ejemplo: gripe, fiebre, dolores etc)
  2. Colocar si el trabajador esta consumiendo algun medicamento, especificando cual y si es posible dejar evidencia con la formula medica.

### SUSPENSIÓN DEL TRABAJO EN CALIENTE

CON LAS SIGUIENTES CAUSAS SE CANCELA LA AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR EL TRABAJO EN CALIENTE:



# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

## PERSONAL AUTORIZADO - TRABAJO EN CALIENTE

Se nos han mencionado los riesgos que implican las tareas, los elementos de protección personal que se deben usar y los procedimientos de trabajo seguro para la ejecución del trabajo.  
 Aceptaremos las normas, procedimientos y recomendaciones mencionadas antes y durante la ejecución del trabajo por el personal SISLMA, para el seguro desarrollo de la labor.

OBRA O CENTRO DE TRABAJO: Portal Dorado SEMANA DEL 06/01/24 al 06/01/24 MES 1 AÑO 24

### REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

Certifico que concuro al trabajo que voy a realizar, he consultado y tengo plena claridad de los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizar la actividad y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de estos trabajos en forma segura. (Firma ejecutante)

| No. | NOMBRE APELLIDO | CEDULA | CARGO | CONDICIÓN DE SALUD |   | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sabado | Domingo |
|-----|-----------------|--------|-------|--------------------|---|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|     |                 |        |       | 1                  | 2 |       |        |           |        |         |        |         |
| 1   | Jonathan Moreno |        |       |                    |   | 7     | 7      | 7         |        |         |        |         |
| 2   | Frank Cardona   |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 3   | Henry Sanabria  |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 4   |                 |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 5   |                 |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 6   |                 |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 7   |                 |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 8   |                 |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 9   |                 |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |
| 10  |                 |        |       |                    |   |       |        |           |        |         |        |         |

OBSERVACIONES: 1. Condiciones de Salud del trabajador (Ejemplo: gripa, fiebre, dolores etc)

2. Colocar si el trabajador esta consumiendo algun medicamento, especificando cual y si es posible dejar evidencia con la formula medica.

### SUSPENSIÓN DEL TRABAJO EN CALIENTE

CON LAS SIGUIENTES RAZONES SE CANCELA LA AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR EL TRABAJO EN CALIENTE:





PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

ACTIVIDAD A REALIZAR:

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR:

FECHA DESDE:

HASTA:

HORA DESDE:

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos de los trabajos.

| ASPECTOS                                                                                                                                                                                                                                                | MEDIDAS GENERALES PREVENTIVAS |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|-------------|----|----|
|                                                                                                                                                                                                                                                         | LÍNEA                         |    |    | NATURAL |    |    | MEDIDAS |    |    | ADICIONALES |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | C                             | NO | NA | C       | NO | NA | C       | NO | NA | C           | NO | NA |
| LOS CIRCUTOS ELÉCTRICOS DESINERGIZADOS, INMOVILIZADOS Y CON SU AVISO NO OPERAN                                                                                                                                                                          |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE ENCUENTRA REALIZADO EL ATG                                                                                                                                                                                                                           |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE HA DELIMITADO Y AISLADO EL ÁREA DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                           |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| EL EQUIPO AL CUAL SE VA A TRABAJAR ESTÁ DEBIDAMENTE BLOQUEADO (ETIQUETA Y CERRADO)                                                                                                                                                                      |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS EPP SON ADECUADOS Y HAN SIDO INSPECCIONADOS                                                                                                                                                                                                         |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| ESTÁN DESCONECTADOS TODOS LOS FLUIDOS: AIRE - GAS - COMBUSTIBLE                                                                                                                                                                                         |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE ENCUENTRA EL EQUIPO O ZONA LIBRE DE GASES - PRESIÓN - RUIDOS CALIENTES                                                                                                                                                                               |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| EL PERSONAL HA SIDO CAPACITADO EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR                                                                                                                                                                            |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| EL PERSONAL HA SIDO INSTRUÍDO EN RELACIÓN A LOS RIESGOS QUE PUEDEN PRESENTARSE DURANTE EL TRABAJO                                                                                                                                                       |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS EQUIPOS A UTILIZAR TIENEN SUS CABLES Y CONEXIONES EN BUENAS CONDICIONES                                                                                                                                                                             |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| PEQUEÑOS FACTORES EXTERNOS (DIRECCIÓN DEL VIENTO, CONDICIONES ATMOSFÉRICAS, ETC.) REALIZAR LOS TRABAJOS CON SEGURIDAD                                                                                                                                   |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS EQUIPOS Y MAQUINARIAS SE ENCUENTRAN UBICADOS EN UN LUGAR SEGURO                                                                                                                                                                                     |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES                                                                                                                                                                               |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE VERIFICÓ QUE NO HAY CABLES, CUERDAS, MAMERA, ETC., EN LAS ÁREAS ADYACENTES QUE PUEDAN CAUSAR UNA CONFUSIÓN                                                                                                                                           |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE GARANTIZA QUE LA PERSONA QUE REALIZARÁ EL TRABAJO, CONOCE EL EQUIPO Y LOS PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS PARA SOLICITAR UN PERMISO                                                                                                                        |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| EL EQUIPO DE SOLDADURA HA SIDO INSPECCIONADO Y SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                              |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LAS MANGUERAS SE ENCUENTRAN LIBRES DE GRIETAS, CRISTALIZACIÓN Y LOS ACOPLER ESTÁN HERMÉTICAMENTE SELLADOS                                                                                                                                               |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS CILINDROS SE ENCUENTRAN EN POSICIÓN VERTICAL, BIEN AISURADOS Y LIBRES DE FUGAS                                                                                                                                                                      |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS CILINDROS CUMPLEN CON EL ESTÁNDAR DE IDENTIFICACIÓN (NOMBRE DEL PRODUCTO Y ROTULACIÓN AEA)                                                                                                                                                          |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE INSPECCIONÓ DEBIDAMENTE LOS EXTINTORES (PRESIÓN, CARGA, MANGUERA, FECHA DE RECARGA, ACCESORIOS, ETC.)                                                                                                                                                |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE TIENE CLARO UN PLAN EN CASO DE EMERGENCIA (VÍAS DE EVACUACIÓN, UBICACIÓN DE EXTINTORES, ETC.)                                                                                                                                                        |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| EL EQUIPO DE CORTE TIENE ATRAPALLAMAS                                                                                                                                                                                                                   |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS ELEMENTOS PARA DETECCIÓN DE CAÍDAS (ARNES, LÍNEA DE VIDA) ESTÁN UBICADOS FUERA DE LA LÍNEA DE FUEGO                                                                                                                                                 |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE TIENE LAS HOJAS DE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS A UTILIZAR                                                                                                                                                                                    |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE HA DELIMITADO Y SEÑALIZADO EL ÁREA                                                                                                                                                                                                                   |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE HAN IMPLEMENTADO LAS MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN (CONTROL DE ACCESO)                                                                                                                                                                            |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| VENTILACIÓN FRECUENTE (Se requiere de ventilación forzada)                                                                                                                                                                                              |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| ES NECESARIO PERMISO DE TRABAJO ADICIONALES                                                                                                                                                                                                             |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE TIENEN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL APROPIADOS Y EN BUEN ESTADO PARA REALIZAR EL TRABAJO (CAMISA MANCA LARGA, PROTECCIÓN FACIAL, PROTECCIÓN VISUAL, MONJA, BOTAS DE SEGURIDAD PARA SOLDADOR, GUANTES, POLARIZAS DE CAMARERA, BELANTAL, ETC.) |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| EL TRABAJADOR CUENTA CON LA CARETA PARA SOLDAR, SOMBRERILLO, GAFAS DE PROTECCIÓN ETC.                                                                                                                                                                   |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| EL TRABAJADOR CUENTA CON PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA GASES Y HUMOS DE SOLDADURA, PINTURA, U OTROS                                                                                                                                                      |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE HA VERIFICADO LA AFILIACIÓN VIGENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL DE LAS PERSONAS QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                  |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS EQUIPOS A UTILIZAR TIENEN SUS CABLES Y CONEXIONES EN BUENAS CONDICIONES                                                                                                                                                                             |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LA ROPA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA ACTIVIDAD ESTÁ SIEMPRE SECA Y LIMPIA                                                                                                                                                                              |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| SE CUENTA CON APORTE FLAMAS Y VÁLVULA DE PROTECCIÓN                                                                                                                                                                                                     |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS MANÓMETROS ESTÁN ENTEROS Y SIN DESPERFECTOS APARENTES                                                                                                                                                                                               |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| LOS EQUIPOS CUENTAN CON GUARDIAS O PROTECCIONES DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                            |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |
| OTROS COMENTARIOS:                                                                                                                                                                                                                                      |                               |    |    |         |    |    |         |    |    |             |    |    |

FIRMA DE SUPERVISOR

FIRMA DE TRABAJADOR

NOTA: NO OLVIDAR LA HORA DEL ALMUERZO O CUANDO SUSPENDA EL TRABAJO, DEJAR LAS VÁLVULAS DE GASES SIN CARGAR, APROPIAR Y VERIFICAR LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS.



| MINISTERIO DE TRABAJO EN ALTURAS                                                                                                                                                                                            |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    | WIG-EST-PA-103    |    |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|----|--------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------|----|-------------------|----|-----|
|                                                                                                                                                                                                                             |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    | VERSIÓN: 02       |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                             |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    | FECHA: 14-10-2023 |    |     |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                       |    | 27/03/24 |    | DÍA                                  |    | VIERNES |    | SABADOS                              |    | DOMINGOS          |    |     |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: G. Piñero                                                                                                                                                                                            |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: Cambio de piso en la cubierta (piso asfáltico) Escalera extensible, Extintor, pipetas, soplete                                                                                          |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input checked="" type="checkbox"/> USAR DE CARGAS <input type="checkbox"/> USO DE PRODUCTOS QUÍMICOS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL? |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    | OBSERVACIONES     |    |     |
| EL TRABAJADOR CUENTA CON EL CERTIFICADO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APTO PARA ACTIVIDADES EN ALTURAS                                                                                                                       |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    | SI                | NO | N/A |
| EL TRABAJADOR CUENTA CON EL CERTIFICADO DE ACTIVIDADES EN ALTURAS VIGENTE, APROBADO Y VALIADO POR EL MINISTERIO                                                                                                             |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    | C                 |    |     |
| EL TRABAJO REQUIERE EL USO DE UNA LÍNEA DE VIDA O DISPOSITIVO FIJO, ESTÁ DEBIDAMENTE CERTIFICADA.                                                                                                                           |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    | C                 |    |     |
| EXISTEN PUNTOS DE ANCLAJE SEGUROS (CERTIFICADOS, ESTRUCTURALES, AUTOMÁTICOS).                                                                                                                                               |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    | C                 | VA |     |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                 |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                                      | SI | NO       | NA | CUMPLE                               | SI | NO      | NA | CUMPLE                               | SI | NO                | NA |     |
| Arnés completo                                                                                                                                                                                                              |    |          |    | Cable de gato                        |    |         |    | Arneses certificados                 |    |                   |    |     |
| Cables anclados                                                                                                                                                                                                             |    |          |    | Escalera fija                        |    |         |    | Cables con ranuras                   |    |                   |    |     |
| Cables de tracción                                                                                                                                                                                                          |    |          |    | Empuñadura                           |    |         |    | Requiere EPP Dieléctricos            |    |                   |    |     |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                 |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                                      | SI | NO       | NA | CUMPLE                               | SI | NO      | NA | CUMPLE                               | SI | NO                | NA |     |
| Casco con visor                                                                                                                                                                                                             |    |          |    | Mascarilla con filtros               |    |         |    | Guantes de nitrilo                   |    |                   |    |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                          |    |          |    | Cable de estriar                     |    |         |    | Guantes de cuero                     |    |                   |    |     |
| Arneses de protección                                                                                                                                                                                                       |    |          |    | Cable de sujeción                    |    |         |    | Cableado reflectivo                  |    |                   |    |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                          |    |          |    | Guantes de sujeción                  |    |         |    | Pelo                                 |    |                   |    |     |
| Botas de sujeción                                                                                                                                                                                                           |    |          |    | Guantes de caucho                    |    |         |    | Mangas                               |    |                   |    |     |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAÍDAS                                                                                                                                                                              |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                                      | SI | NO       | NA | CUMPLE                               | SI | NO      | NA | CUMPLE                               | SI | NO                | NA |     |
| Red integral de seguridad                                                                                                                                                                                                   |    |          |    | Red de seguridad                     |    |         |    | Línea de vida horizontal             |    |                   |    |     |
| Red de restricción o posicionamiento                                                                                                                                                                                        |    |          |    | Red de sujeción                      |    |         |    | Línea de vida vertical               |    |                   |    |     |
| Red de sujeción                                                                                                                                                                                                             |    |          |    | Red de sujeción                      |    |         |    | Línea de vida retráctil              |    |                   |    |     |
| Red de sujeción                                                                                                                                                                                                             |    |          |    | Red de sujeción                      |    |         |    | Tie off                              |    |                   |    |     |
| Red de sujeción                                                                                                                                                                                                             |    |          |    | Red de sujeción                      |    |         |    | Mechanismo de anclaje                |    |                   |    |     |
| SISTEMAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAÍDAS                                                                                                                                                                                        |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                                      | SI | NO       | NA | CUMPLE                               | SI | NO      | NA | CUMPLE                               | SI | NO                | NA |     |
| Red de sujeción (cableado de cables)                                                                                                                                                                                        |    |          |    | Red de sujeción (cableado de cables) |    |         |    | Red de sujeción (cableado de cables) |    |                   |    |     |
| Red de sujeción (cableado de cables)                                                                                                                                                                                        |    |          |    | Red de sujeción (cableado de cables) |    |         |    | Red de sujeción (cableado de cables) |    |                   |    |     |
| Red de sujeción (cableado de cables)                                                                                                                                                                                        |    |          |    | Red de sujeción (cableado de cables) |    |         |    | Red de sujeción (cableado de cables) |    |                   |    |     |
| SITIO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                            |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                                      | SI | NO       | NA | CUMPLE                               | SI | NO      | NA | CUMPLE                               | SI | NO                | NA |     |
| Trabajo seguro y señalizado                                                                                                                                                                                                 |    |          |    | Trabajo seguro y señalizado          |    |         |    | Trabajo seguro y señalizado          |    |                   |    |     |
| Trabajo seguro y señalizado                                                                                                                                                                                                 |    |          |    | Trabajo seguro y señalizado          |    |         |    | Trabajo seguro y señalizado          |    |                   |    |     |
| Trabajo seguro y señalizado                                                                                                                                                                                                 |    |          |    | Trabajo seguro y señalizado          |    |         |    | Trabajo seguro y señalizado          |    |                   |    |     |
| EMERGENCIAS                                                                                                                                                                                                                 |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| ¿Es que el controlista y subcontrolista conoce el procedimiento para reportar accidentes?                                                                                                                                   |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| ¿Plan de emergencias de rescate en altura y de atención para lesionados?                                                                                                                                                    |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| ¿Con los elementos y equipo necesario para realizar el rescate?                                                                                                                                                             |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| NOMBRE APELLIDO Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA                                                                                                                                          |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| Firma: [Firma]                                                                                                                                                                                                              |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| Cédula: 79.0948.775                                                                                                                                                                                                         |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |
| Pag. 1 de 3                                                                                                                                                                                                                 |    |          |    |                                      |    |         |    |                                      |    |                   |    |     |



# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

WG-SS1-FR-103  
VERSIÓN: 02  
FECHA: 14-10-2021  
WG-SS1-FR-39  
VERSIÓN: 01  
FECHA: 10-01-2022

## PERSONAL AUTORIZADO - PERMISO DE ALTURAS

Se han mencionado los riesgos que implican las Alturas, los elementos de protección personal que se deben usar y los procedimientos de trabajo seguro para la ejecución del trabajo. Asimismo, los métodos, procedimientos y recomendaciones mencionadas, antes y durante la ejecución del trabajo por el personal SSMA, para el seguro desarrollo de la labor.

## REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

VALIDEZ DE PERMISO

ACTIVIDAD: Impartir capacitación  
CANAL  
DESDE: 06/06/24 HASTA: 06/06/24

Elaboro: Dr. L. L. Delgado

CONDICIÓN DE SALUD

| Nº | NOMBRE APELLIDO | CLASE DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | CONDICIÓN DE SALUD |   | Firmas Lunes | Firmas Martes | Firmas Miércoles | Firmas Jueves | Firmas Viernes | Firmas Sábado | Firmas Domingo |
|----|-----------------|--------------------|---------------------|--------------------|---|--------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
|    |                 |                    |                     | 1                  | 2 |              |               |                  |               |                |               |                |
| 1  | Jonathan Moreno |                    |                     |                    |   |              |               |                  |               |                |               |                |
| 2  | Franki Cardona  |                    |                     |                    |   |              |               |                  |               |                |               |                |
| 3  | Rory Sambrino   |                    |                     |                    |   |              |               |                  |               |                |               |                |

SEÑALA APELLIDO Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO:

Franco Alexander Cardona

OBSERVACIONES: 1. Condiciones de Salud del trabajador (Ejemplo: gripe, fiebre, dolores etc)

2. Colocar si el trabajador esta consumiendo algún medicamento, especificando cual y si es posible dejar evidencia con la fórmula médica.

## SUSPENSIÓN DE PERMISO DE TRABAJO

RAZÓN DE LA SUSPENSIÓN:

Actividades a ejecutar para reiniciar labores:

PERÍODO DE SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES Desde:

Hasta:

## LISTA DE CHEQUEO PARA PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

|                                                                                                                                                                                            | SI | NO | N/A |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| VERIFICACIÓN IMPLEMENTACIÓN                                                                                                                                                                |    |    |     |
| 1. Antes de iniciar se asegurará el trabajo está aislado completamente                                                                                                                     |    |    |     |
| 2. Se han instalado barreras, barrido de riesgo o cinta para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas                                                                  |    |    |     |
| 3. Los personal (empalmados) de ejecutar la labor han recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea                                                           |    |    |     |
| 4. Se garantiza que los personal que realizarán el mantenimiento del permiso y las que ejecutarán el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso |    |    |     |
| 5. Se evitan trabajos simultáneos en la misma línea                                                                                                                                        |    |    |     |
| 6. Se evitan trabajos simultáneos en la misma línea                                                                                                                                        |    |    |     |
| 7. Se evitan trabajos simultáneos en la misma línea                                                                                                                                        |    |    |     |
| 8. Se evitan trabajos simultáneos en la misma línea                                                                                                                                        |    |    |     |

CONSIDERACIONES:

Se suspenderá toda actividad en caso de lluvia moderada y/o tormenta, se actualiza permiso de trabajo en alturas de acuerdo a la resolución 4372/2021.

SEÑALA APELLIDO Y FIRMA DEL COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:

AYUDANTE DE SEGURIDAD:

por Apellido:

Nombre Apellido:

Firma

Pág. 2 de 3

| REVALUACIÓN     | FIRMA DEL COORDINADOR |                     |              |   | HORA DE REVALUACIÓN |               |                  |               | OBSERVACIONES  |               |                |  |
|-----------------|-----------------------|---------------------|--------------|---|---------------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|--|
| NOMBRE APELLIDO | CLASE DE DOCUMENTO    | NÚMERO DE DOCUMENTO | CONDICIÓN DE |   | Firmas Lunes        | Firmas Martes | Firmas Miércoles | Firmas Jueves | Firmas Viernes | Firmas Sábado | Firmas Domingo |  |
|                 |                       |                     | 1            | 2 |                     |               |                  |               |                |               |                |  |



FORM 1042-2002

...que monitoriza tareas, los elementos de protección personal que se deben usar y los procedimientos de trabajo seguro para la ejecución del trabajo.

28/03/24

[illegible]



## **ANEXO No. 15 CERTIFICADOS TSA**

---





# **CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA**

**DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS S.A.S**

**NIT: 901.290.908-3**

En cumplimiento a la resolución 4272 del 2021- NTC 6072:2014.

Teniendo en cuenta que la empresa DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS SAS cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 6289 del 2019, Certificación NTC 6072: 2014 No CO20.02923, expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA, acreditado ONAC 09-CPR-008, registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código 08SE2021220000000010947.

**CERTIFICA QUE:**

**JAMES IVAN BARAHONA JAMAICA**

**Identificado(a) con: CC 1030603485**

**RAZON SOCIAL: INDENERCOL S.A.S**

**NIT:901.688.341-8**

**REPRESENTANTE LEGAL:EDGAR JESUS HERNANDEZ ORTIZ**

**ARL:COLMENA**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL NIVEL DE:**

**REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272**

**Con una intensidad horaria de 8 horas.**

**Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá**

**El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 18 DE**

**MARZO DE 2024 Código de Registro No EMA\_2024\_3138**

**Desarrollo de Proyectos en Alturas s.a.s**

**NIT: 901.290. 908-3**

**R.E: Paula Andrea Castillo Abril**



**Diego Leandro Corredor Camacho**

**C.C 1012.319.471**

**LSST 4895 del 2022**

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: al Correo electrónico, [desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com](mailto:desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com) Celular: [3204152181](tel:3204152181), teléfono fijo 7049698; Con el código **EMA\_2024\_3138** o el respectivo número de identificación **1030603485**





# **CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA**

**DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS**

**NIT: 901.290.908-3**

En cumplimiento a la resolución 4272 del 2021- NTC 6072:2014.

Teniendo en cuenta que la empresa DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS SAS cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 6289 del 2019, Certificación NTC 6072: 2014 No CO20.02923, expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA, acreditado ONAC 09-CPR-008, registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código 08SE2021220000000010947.

**CERTIFICA QUE:**

**PABLO CESAR MARTINEZ BELTRAN**

Identificado(a) con: CC: 80003364

RAZON SOCIAL: INDENERCOL S.A.S

NIT:901.688.341-8

REPRESENTANTE LEGAL:EDGAR JESUS HERNANDEZ ORTIZ

ARL:COLMENA

ASISTIÓ Y APROBÓ EL NIVEL DE:

**TRABAJADOR AUTORIZADO**

**Con una intensidad horaria de 32 horas.**

Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 19 AL 21 DE

**MARZO DE 2024 Código de Registro No EMA\_2024\_3141**

**Desarrollo de Proyectos en Alturas s.a.s**

**NIT: 901.290. 908-3**

**R.L: Paula Andrea Castillo Abril**



**Jorge Andrés Sánchez Vargas**

**C.C 1083.916.831**

**ISO 7135 del 2019**

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: al Correo electrónico, [desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com](mailto:desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com) Celular: [3204152181](tel:3204152181), teléfono fijo 7049698; Con el código **EMA\_2024\_3141** o el respectivo número de identificación



## Datos del Responsable

Razón social: CIELOTEX INDUSTRIAL S.A

NIT: 900122620-2

Nombre Responsable: FRANCISCO ZULOAGA

ARL: COLMIENA



# CERTIFICADO

## DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Centro de Formación y Entrenamiento certificado en la NTC6072 por Bureau Veritas (Acreditación ONAC N° 09-CPR-008)

Certifica a:

**DAIRO ANDRES RIVERA HERNANDEZ**

**CC. 1013625835**

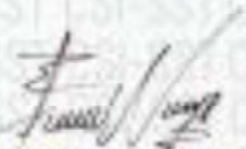
QUIEN CURSÓ Y APROBÓ LA CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN:

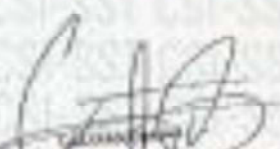
**TRABAJO EN ALTURAS**

**NIVEL: REENTRENAMIENTO 4272**

**DURACIÓN: 8 HORAS**

Se Capacito y Entreno en Cota según lineamientos de la  
Resolución 4272 de 2021 y se expide el Certificado el día 04 de marzo de 2023

  
JESUS ANTONIO NORIEGA MEZA  
Representante Legal  
CSI-SST, S.A.S.  
NIT. 901072978-9

  
CARLOS FELIPE ORTIZ VEGA  
Entrenador TSA  
Licencia N°2322250216  
Reg. Entrenador: 1075652938

**CODIGO DE  
VERIFICACION**  
CSI-2509126329

 Km. 1.5 Vía Cota Chia - Finca La Campiña Vda Pueblo Viejo  
 email: csi-sst@hotmail.com  www.caisat.com  
 Cel.: 311 411 0463 - 318 288 5866

Vigente hasta  
**01/septiembre/2024**

Este certificado es válido únicamente si se acompaña de la resolución de trabajo correspondiente a la fecha de emisión. No es válido para fines de inscripción en el registro de la profesión. Fecha de emisión: 04 de marzo de 2023.





**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**

**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE201922000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**RIVERA HERNANDEZ DAIRO ANDRES**

Documento de Identidad No 1013625835

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO SEGURO EN ALTURAS – COORDINADOR**

Realizado el 20 de febrero al 1 de marzo del 2023 en la ciudad de Bogotá D.C.

con una intensidad de 80 horas

Empresa: RIVERA HERNANDEZ DAIRO ANDRES

NIT: 1053325629-1

Representante Legal: RIVERA HERNANDEZ DAIRO ANDRES

ARL: COLMENA

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 1 día del mes de marzo del 2023

Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo B.M- FUXFY**

Beronica Maya Rodriguez  
C.C. 52429692  
Representante legal

Luis Ernesto López rojas  
C.C 80173859  
Lic. SST 6728 – 2022  
Actualización de entrenadores  
según resolución 4272 - 79174



VERIFICACION: (1)6153509 | [www.mymalturas.co](http://www.mymalturas.co) | [verificacion@mymalturas.co](mailto:verificacion@mymalturas.co)





**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**ESPEJO YATE ANDRES MAURICIO**  
**Cédula No. 1018463886**

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
TRABAJADOR AUTORIZADO**

**Realizado del 26/01/2024 - 29/01/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.**  
**con una intensidad de 32 horas**

**Empresa: SARMIENTO DESIGN SAS**

**NIT: 901242541**

**Representante Legal: SARMIENTO VARGAS AIDA MARITZA**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 29/01/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- B4868E**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
**C.C. 52429692**  
**Representante Legal**

**DUVAN ORLANDO HERNANDEZ RODRIGUEZ**  
**C.C. 79543498**  
**Lic. SST 25-0722 - 2022**





# ETSA ESCUELA TECNICA DE SEGURIDAD EN ALTURAS SAS

Nit. 901.459.576-1

Licencia S.O 25-874 de 2021

Aprobación Ministerio de Trabajo 08SE2021220100000069173

Certificación NTC 6072/2014/30.407-1

Código de acreditación CELAC 18-CPR-002

**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO  
PARA TRABAJO EN ALTURAS**

**OTORGADO A:**

**GUSTAVO ANDRES MONROY SARMIENTO**

**IDENTIFICADO CON C.C. N° 1018514939**

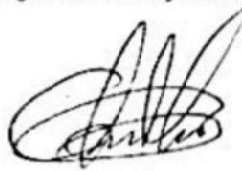
**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS**

Curso realizado en Bogotá el 06 mayo 2023. Se expide en Bogotá el 06 mayo 2023



  
BRANDON GARCIA VELASQUEZ  
REPRESENTANTE LEGAL

  
GLORIA EDILMA MOLINA  
RES. No.7529 06/09/2021

☐ EMPRESA: SARMIENTO DESIGN S.A.S.  
☐ REP. Aida Maritza Sarmiento  
☐ NIT: 901242541-1  
☐ ARL: SURA

www.etsasas.com // Cel. 3158001193

Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio del trabajo



**consecutivo**

**TSA - 1230**





**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**OSORIO CASTRO EDWIN ALEJANDRO**  
**Cédula No. 1095797786**

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
TRABAJADOR AUTORIZADO**

Realizado del 26/01/2024 - 29/01/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 32 horas

Empresa: SARMIENTO DESIGN SAS

NIT: 901242541

Representante Legal: SARMIENTO VARGAS AIDA MARITZA

ARL: SURA

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 29/01/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- 508C1A**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 52429692  
Representante Legal

**DUVAN ORLANDO HERNANDEZ RODRIGUEZ**  
C.C. 79543498  
Lic. SST 25-0722 - 2022







**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**MATEUS CASTAÑEDA JONATHAN FRANCISCO**  
**Cédula No. 1032470708**

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
TRABAJADOR AUTORIZADO**

Realizado del 26/01/2024 - 29/01/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 32 horas

Empresa: SARMIENTO DESIGN SAS

NIT: 901242541

Representante Legal: SARMIENTO VARGAS AIDA MARITZA

ARL: SURA

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 29/01/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- 8A40B4**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 52429692  
Representante Legal

**DUVAN ORLANDO HERNANDEZ RODRIGUEZ**  
C.C. 79543498  
Lic. SST 25-0722 - 2022







# FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022

Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

## Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Acreditado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de Julio de 2022

CERTIFICA QUE:

***HECTOR JULIO ALEJO NIÑO***

Con identificación N°. **79820989**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

**TRABAJADOR AUTORIZADO EN TRABAJO EN ALTURAS**

Con una intensidad horaria de **32 horas** realizadas en Bogotá

Desde **15 de abril de 2024** hasta el día **18 de abril de 2024**

Empresa que remite al trabajador: **MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS**

NIT 900898254-2

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador COLMENA

Representante Legal **MAFIOLI PEREIRA DIEGO ARMANDO**

Sector Económico: **CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **18 de abril de 2024**

**JAVIER ALEXANDER CANO**  
Representante legal  
**CALLE 13 N° 67-15**

**OSWALDO OSPINA PRADA**  
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas  
N° de Licencia **4535 de 2023**

La autenticidad de este documento podrá ser verificada en

(601) 631 4446  
313 413 4807 / 314 563 5027  
alturascalle13@gmail.com  
Vigilado Ministerio de Trabajo





# FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022

Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

## Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Acreditado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de Julio de 2022

CERTIFICA QUE:

**SANTIAGO AGUDELO WILCHES**

Con identificación N°. **1018470911**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE  
**TRABAJADOR AUTORIZADO EN TRABAJO EN ALTURAS**

Con una intensidad horaria de **32 horas** realizadas en Bogotá

Desde **15 de abril de 2024** hasta el día **18 de abril de 2024**

Empresa que remite al trabajador: **MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS**

NIT 900898254-2

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador COLMENA

Representante Legal **MAFIOLI PEREIRA DIEGO ARMANDO**

Sector Económico: **CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **18 de abril de 2024**

**JAVIER ALEXANDER CANO**  
Representante legal  
**CALLE 13 N° 67-15**

**OSWALDO OSPINA PRADA**  
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas  
N° de Licencia **4535 de 2023**

La autenticidad de este documento podrá ser verificada en

(601) 631 4446  
313 413 4807 / 314 563 5027  
alturascalle13@gmail.com  
Vigilado Ministerio de Trabajo



Bogotá D.C., enero 31 de 2024

## CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que GERARDO ANTONIO PEREZ SUAREZ, identificado(a) con PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL número 880215, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272  
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: MYM ALTURAS CENTRO DE FORMACIÓN PARA EL EMPLEO  
ENTRENADOR: DIEGO JAVIER TORO GETIAL  
SEDE DONDE SE FORMÓ: MYM ALTURAS CENTRO DE FORMACIÓN PARA EL EMPLEO SAS  
EMPLEADOR: DINPROING LTDA  
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION  
FECHAS DE FORMACIÓN: 27/01/2023 a 27/01/2023  
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 31 de 2024





**DINPROING LTDA**

Empresa NIT.922005946-7  
Representante Legal  
RAUL GREGORIO RIAÑO CEPEDA

NO ACREDITACION  
18-CPR-002

# Centro De Formación y Entrenamiento

**PSM VERTICKAL SAS**  
**NIT. 900905747 - 2**

PROVEDOR No.08SE2020220000000040245-202012-03

Hace constar que:

**SURAMERICANA**  
Empresa administradora  
de riesgos laborales

**CARLOS ALONSO PEREZ SANCHEZ**

Con cedula de ciudadanía No.**79159033**

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN  
TRABAJO EN ALTURAS**

**EN NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO TA**

Con una intensidad de 32 Horas.

Realizado los días 10 al 12 de Febrero del 2024 en la ciudad de Bogotá D.C

En cumplimiento con los requisitos establecidos en la Res. 4272 del 2021 NTC-6072-2014

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 12 de Febrero de 2024

**ALBA MERY ORTIZ**  
Representante Legal  
PSM VERTICKAL TSA SAS  
NIT 900.905. 747-2

**LUIS JAVIER MARTÍNEZ B.**  
Entrenador TSA- 80182823  
27/11/2023-  
Licencia en SO -10613-



Verificación y Autenticidad del Certificado: [psm.vertickal@gmail.com](mailto:psm.vertickal@gmail.com) / [www.psmvertickal.com](http://www.psmvertickal.com)

322 452 5330 749 8581 Av Americas No. 68B - 61 Bogota D.C. / Colombia

Aprobación. MT.  
No. 08SE2020220000000040245  
2020/12/03





**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**GUERRERO HERNANDEZ POGAS MELEOR**

**Permiso de protección temporal No. 921928**

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
TRABAJADOR AUTORIZADO**

Realizado del 04/02/2024 - 07/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 32 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 07/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- E1148**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
**C.C. 52429692**  
**Representante Legal**

**DUVAN ORLANDO HERNANDEZ RODRIGUEZ**  
**C.C. 79543498**  
**Lic. SST 25-0722 - 2022**







**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**NARVAEZ PABLO EMILIO**

**Permiso de protección temporal No. 1084294**

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
REENTRENAMIENTO**

Realizado del 07/02/2024 - 07/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 8 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 07/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- 108B86**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
**C.C. 52429692**  
**Representante Legal**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
**C.C. 052429692**  
**Lic. SST 7312-2019**







**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**ALARCON ALARCON ALEXIS ALEJANDRO**  
Cédula No. 11448105

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
REENTRENAMIENTO**

Realizado del 11/02/2024 - 11/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 8 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 11/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- AEAFT9**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 52429692  
Representante Legal

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 052429692  
Lic. SST 7312-2019







**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**RODRIGUEZ DUQUE JOSE ARMANDO**  
Cédula No. 79283202

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
REENTRENAMIENTO**

Realizado del 11/02/2024 - 11/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 8 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 11/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- B9C402**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 52429692  
Representante Legal

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 052429692  
Lic. SST 7312-2019







**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**BERNAL CASTILLO JUAN MIGUEL**  
Cédula No. 79524948

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
REENTRENAMIENTO**

Realizado del 11/02/2024 - 11/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 8 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 11/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- BD7454**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 52429692  
Representante Legal

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 052429692  
Lic. SST 7312-2019







**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**CONTRERAS CANAS FANDER**  
**Cédula No. 1006030859**

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
REENTRENAMIENTO**

Realizado del 12/02/2024 - 12/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 8 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 12/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- F6D00B**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
**C.C. 52429692**  
**Representante Legal**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
**C.C. 052429692**  
**Lic. SST 7312-2019**







**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**RUIZ MURCIA WILLIAM HUMBERTO**  
Cédula No. 79325227

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
REENTRENAMIENTO**

Realizado del 11/02/2024 - 11/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 8 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 11/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- BA682B**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 52429692  
Representante Legal

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 052429692  
Lic. SST 7312-2019







**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**RODRIGUEZ DUQUE JOSE ARMANDO**  
Cédula No. 79283202

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
REENTRENAMIENTO**

Realizado del 11/02/2024 - 11/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 8 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 11/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- B9C402**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 52429692  
Representante Legal

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 052429692  
Lic. SST 7312-2019







**DINPROING LTDA**

Empresa NIT.922005946-7  
Representante Legal  
RAUL GREGORIO RIAÑO CEPEDA

NO ACREDITACION  
18-CPR-002

# Centro De Formación y Entrenamiento

**PSM VERTICKAL SAS**  
**NIT. 900905747 - 2**

PROVEDOR No.08SE2020220000000040245-202012-03

Hace constar que:

**SURAMERICANA**  
Empresa administradora  
de riesgos laborales

**LUIS EDUARDO PINZON PULIDO**

Con cedula de ciudadanía No.**19443131**

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN  
TRABAJO EN ALTURAS**

**EN NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO TA**

Con una intensidad de 32 Horas.

Realizado los días 10 al 12 de Febrero del 2024 en la ciudad de Bogotá D.C

En cumplimiento con los requisitos establecidos en la Res. 4272 del 2021 NTC-6072-2014

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 12 de Febrero de 2024

**ALBA MERY ORTIZ**  
Representante Legal  
PSM VERTICKAL TSA SAS  
NIT 900.905. 747-2

**LUIS JAVIER MARTÍNEZ B.**  
Entrenador TSA- 80182823  
27/11/2023-  
Licencia en SO -10613-



Verificación y Autenticidad del Certificado: [psm.vertickal@gmail.com](mailto:psm.vertickal@gmail.com) / [www.psmvertickal.com](http://www.psmvertickal.com)

322 452 5330 749 8581 Av Americas No. 68B - 61 Bogota D.C. / Colombia

Aprobación. MT.  
No. 08SE2020220000000040245  
2020/12/03



Bogotá D.C., enero 25 de 2024

## CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS FERNANDO JIMENEZ MACHADO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1052989676, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

OFERENTE DE CAPACITACIÓN: PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS

ENTRENADOR: ELKIN JOSE FANDIÑO GARZON

SEDE DONDE SE FORMÓ: PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S

EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES J RIOS SAS.

ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: BOLIVAR

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION

FECHAS DE FORMACIÓN: 10/08/2023 a 10/08/2023

INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 25 de 2024





# FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022

Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

## Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

# ***WILLIAMS FRANCISCO FLORES CUBILLOS***

Con identificación N°. **1127943973**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

**TRABAJADOR AUTORIZADO EN TRABAJO EN ALTURAS**

Con una intensidad horaria de **32 horas** realizadas en Bogotá

Desde **5 de octubre de 2023** hasta el día **8 de octubre de 2023**

Empresa que remite al trabajador: **WILLIAMS FRANCISCO FLORES CUBILLOS**

NIT 1127943973

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **SURA**

Representante Legal **WILLIAMS FRANCISCO FLORES CUBILLOS**

Sector Económico: **ELECTRICO**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **8 de octubre de 2023**

**JAVIER ALEXANDER CANO**

Representante legal

**CALLE 13 N° 67-15**

**OSWALDO OSPINA PRADA**

Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas

N° de Licencia **4535 de 2023**

La autenticidad de este documento podrá ser verificada en

(601) 631 4446

313 413 4807 / 314 563 5027

alturascalle13@gmail.com

Vigilado Ministerio de Trabajo



[www.alturasfuerzaintegral.com](http://www.alturasfuerzaintegral.com)





**MYM ALTURAS**  
**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**  
**NIT 901.103.169-7**

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 962155

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

**CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA  
TRABAJO EN ALTURAS**

**ALVAREZ GARIBELLO ALFONSO**  
Cédula No. 19246426

Cursó y aprobó la acción de formación

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL:  
REENTRENAMIENTO**

Realizado del 13/02/2024 - 13/02/2024 en la ciudad de Bogotá D.C.  
con una intensidad de 8 horas

**Empresa: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**

**NIT: 822005946**

**Representante Legal: RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 13/02/2024  
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- 25AD5A**

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 52429692  
Representante Legal

**BERONICA MAYA RODRIGUEZ**  
C.C. 052429692  
Lic. SST 7312-2019





# INSTITUTO PETROLERO HSEQ SAS



LIC. SST No. 3353 DEL 26 DE ENERO DE 2016  
Certificado ICONTEC NTC 6072  
No CS-CER642598.  
Aprobación del ministerio de Trabajo  
No. 08SE2018220000000048806

## CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO:

**JACKSON JESUS ARISMENDI RODRIGUEZ**  
IDENTIFICADO CON PPT. N° 4149817

### EMPRESA

EMPRESA: FORMAS METALICAS MERCHAN SAS  
REP. MERCHAN SILVA FREDY INOCENCIO  
NIT: 901036645 - 4  
ARL: SURA

### CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS**

Curso realizado en Villavicencio el 25 septiembre 2023

*Dando cumplimiento a la Resolución 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo.*

Expedido en Villavicencio el 25 de septiembre de 2023



LIC. ANGELICA ROJAS DE CEBALLOS  
C.C. 38.966.570 de Cali  
Representante Legal Suplente

**TSA - 5167**



JAVIER ORLANDO RODRIGUEZ  
ENTRENADOR  
LIC. SST No. 4663 / 2013

**315 800 5740**

[www.institutopetroleroHSEQ.edu.co](http://www.institutopetroleroHSEQ.edu.co)  
[institutopetroleroverificacion@gmail.com](mailto:institutopetroleroverificacion@gmail.com)

VILLAVICENCIO - META: CRA 44B No. 33B - 126 BARZAL ALTO



**INSTITUTO PETROLERO  
HSEQ**



**CURSO:**  
**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**NOMBRE:**  
**JACKSON JESUS ARISMENDI RODRIGUEZ**

**IDENTIFICACIÓN**  
**PPT. N° 4149817**

**EXPEDICIÓN**  
**25 de septiembre de 2023**

**CONSECUTIVO**  
**TSA - 5167**

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3158001193 O EN NUESTRA PAGINA WEB [WWW.INSTITUTOPETROLEROHSEQ.EDU.CO](http://WWW.INSTITUTOPETROLEROHSEQ.EDU.CO)

**LIC. ANGELICA ROJAS DE CEBALLOS**  
**C.C. 38.966.570 de Cali**  
**Representante Legal Suplente**

**[www.institutopetroleroHseq.edu.co](http://www.institutopetroleroHseq.edu.co)**



**CEFECOL**  
**CENTRO DE FORMACIÓN EDUCAR DE COLOMBIA S.A.S**  
NIT 901.486.560-7

**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y  
ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA**  
En cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021  
Hace constar que:

**MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO**  
**IDENTIFICADO CON C.C. N° 1026294392**

**EMPRESA: FORMAS METALICAS MERCHAN SAS**  
**REP. MERCHAN SILVA FREDY INOCENCIO**  
**NIT: 901036645-4**  
**ARL: SURA**

**CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:**  
**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS**

Curso realizado en Bogota el 11 enero 2024. Se expide en Bogota el 11 enero 2024

Expedido en Bogotá el 11 de enero de 2024

**CEFECOL**  
Centro de Formación Educar De Colombia

  
NANCY LORENA RIOS FORERO  
REPRESENTANTE LEGAL

**TSA - 23654**

  
CRISTIAN YESID SALCEDO  
RESOLUCION S.O 13785 25/11/2016



Para verificar la validez de este certificado consulte la página [www.cefecol.com](http://www.cefecol.com)  
Cra 78C N° 59-40 Sur. Bogotá Celular: 3015468248 Email:verificacioneducarcolombia@gmail.com



**CEFECOL CENTRO DE FORMACIÓN  
EDUCAR DE COLOMBIA S.A.S.**

**CURSO:**

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**NOMBRE:**

**MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO**

**IDENTIFICACIÓN**

**C.C. N° 1026294392**

**EXPEDICIÓN**

**11 de enero de 2024**

**CONSECUTIVO**

**TSA - 23654**

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3015468248 O EN NUESTRA PAGINA WEB [WWW.CEFECOL.COM](http://WWW.CEFECOL.COM)

  
Representante Legal

[www.cefecol.com](http://www.cefecol.com)



**CEFECOL**  
**CENTRO DE FORMACIÓN EDUCAR DE COLOMBIA S.A.S**  
NIT 901.486.560-7

**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y  
ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA**  
En cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021  
Hace constar que:

**MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO**  
**IDENTIFICADO CON C.C. N° 1026294392**

**EMPRESA: FORMAS METALICAS MERCHAN SAS**  
**REP. Fredy Inocencio merchan Silva**  
**NIT: 901036645 - 4**  
**ARL: SURA**

**CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:**  
**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL ACTUALIZACION COORDINADOR**

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (16) HORAS**

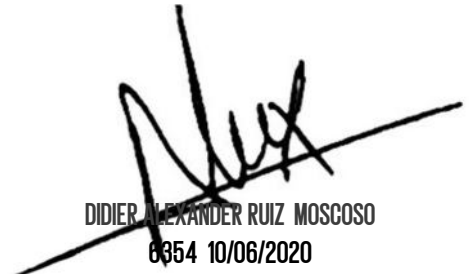
Curso realizado en Bogota del 12 septiembre 2023 al 13 septiembre 2023. Se expide en Bogota el 13 septiembre 2023

Expedido en Bogotá el 13 de septiembre de 2023

**CEFECOL**  
Centro de Formación Educar De Colombia

  
NANCY LORENA RIOS FORERO  
REPRESENTANTE LEGAL

**TSA - 11729**

  
DIDIER ALEXANDER RUIZ MOSCOSO  
0354 10/06/2020



**CELAC**  
Trabajo en Alturas  
**NTC 6072**  
No. 30.478-1

Para verificar la validez de este certificado consulte la página [www.cefecol.com](http://www.cefecol.com)  
Cra 78C N° 59-40 Sur. Bogotá Celular: 3015468248 Email:verificacioneducarcolombia@gmail.com



**CEFECOL CENTRO DE FORMACIÓN  
EDUCAR DE COLOMBIA S.A.S.**

**CURSO:**

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL ACTUALIZACION COORDINADOR**

**NOMBRE:**

**MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO**

**IDENTIFICACIÓN**

**C.C. N° 1026294392**

**EXPEDICIÓN**

**13 de septiembre de 2023**

**CONSECUTIVO**

**TSA - 11729**

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3015468248 O EN NUESTRA PAGINA WEB [WWW.CEFECOL.COM](http://WWW.CEFECOL.COM)

  
**Representante Legal**

[www.cefecol.com](http://www.cefecol.com)



**CEFECOL**  
**CENTRO DE FORMACIÓN EDUCAR DE COLOMBIA S.A.S**  
NIT 901.486.560-7

**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y  
ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA**  
En cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021  
Hace constar que:

**ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA**  
**IDENTIFICADO CON C.C. N° 1126418346**

**EMPRESA: FORMAS METALICAS MERCHAN SAS**  
**REP. MERCHAN SILVA FREDY INOCENCIO**  
**NIT: 901036645-4**  
**ARL: SURA**

**CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:**  
**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS**

Curso realizado en Bogota el 11 enero 2024. Se expide en Bogota el 11 enero 2024

Expedido en Bogotá el 11 de enero de 2024

**CEFECOL**  
Centro de Formación Educar De Colombia

  
NANCY LORENA RIOS FORERO  
REPRESENTANTE LEGAL

**TSA - 23651**

  
CRISTIAN YESID SALCEDO  
RESOLUCION S.O 13785 25/11/2016



Para verificar la validez de este certificado consulte la página [www.cefecol.com](http://www.cefecol.com)  
Cra 78C N° 59-40 Sur. Bogotá Celular: 3015468248 Email:verificacioneducarcolombia@gmail.com

**CEFECOL CENTRO DE FORMACIÓN  
EDUCAR DE COLOMBIA S.A.S.**

**CURSO:**

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**NOMBRE:**

**ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA**

**IDENTIFICACIÓN**

**C.C. N° 1126418346**

**EXPEDICIÓN**

**11 de enero de 2024**

**CONSECUTIVO**

**TSA - 23651**

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3015468248 O EN NUESTRA PAGINA WEB [WWW.CEFECOL.COM](http://WWW.CEFECOL.COM)

  
Representante Legal

[www.cefecol.com](http://www.cefecol.com)



# INSTITUTO PETROLERO HSEQ SAS



LIC. SST No. 3353 DEL 26 DE ENERO DE 2016

Certificado ICONTEC NTC 6072

No CS-CER642598.

Aprobación del ministerio de Trabajo

No. 08SE2018220000000048806

## CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO:

**JOHN JOSE SANDOVAL DIAZ**  
IDENTIFICADO CON C.C. N° 79842539

### EMPRESA

EMPRESA: FORMAS METALICAS MERCHAN SAS  
REP. MERCHAN SILVA FREDY INOCENCIO  
NIT: 901036645 - 4  
ARL: SURA

### CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS**

Curso realizado en Villavicencio el 25 septiembre 2023

*Dando cumplimiento a la Resolución 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo.*

Expedido en Villavicencio el 25 de septiembre de 2023



LIC. ANGELICA ROJAS DE CEBALLOS  
C.C. 38.966.570 de Cali  
Representante Legal Suplente

**TSA - 5169**



JAVIER ORLANDO RODRIGUEZ  
ENTRENADOR  
LIC. SST No. 4663 / 2013

**315 800 5740**

[www.institutopetroleroHseq.edu.co](http://www.institutopetroleroHseq.edu.co)

[institutopetroleroverificacion@gmail.com](mailto:institutopetroleroverificacion@gmail.com)

VILLAVICENCIO - META: CRA 44B No. 33B - 126 BARZAL ALTO

**INSTITUTO PETROLERO  
HSEQ**



**CURSO:**  
**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**NOMBRE:**  
**JOHN JOSE SANDOVAL DIAZ**

**IDENTIFICACIÓN**  
**C.C. N° 79842539**

**EXPEDICIÓN**  
**25 de septiembre de 2023**

**CONSECUTIVO**  
**TSA - 5169**

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3158001193 O EN NUESTRA PAGINA WEB [WWW.INSTITUTOPETROLEROHSEQ.EDU.CO](http://WWW.INSTITUTOPETROLEROHSEQ.EDU.CO)

**LIC. ANGELICA ROJAS DE CEBALLOS**  
**C.C. 38.966.570 de Cali**  
**Representante Legal Suplente**

**[www.institutopetroleroHseq.edu.co](http://www.institutopetroleroHseq.edu.co)**



# INSTITUTO PETROLERO HSEQ SAS



LIC. SST No. 3353 DEL 26 DE ENERO DE 2016  
Certificado ICONTEC NTC 6072  
No CS-CER642598.  
Aprobación del ministerio de Trabajo  
No. 08SE2018220000000048806

## CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO:

**ADRIAN GUSTAVO MERCHAN SILVA**  
IDENTIFICADO CON C.C. N° 1012319361

### EMPRESA

EMPRESA: FORMAS METALICAS MERCHAN SAS  
REP. MERCHAN SILVA FREDY INOCENCIO  
NIT: 901036645-4  
ARL: SURA

## CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Villavicencio el 24 septiembre 2023

*Dando cumplimiento a la Resolución 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo.*

Expedido en Villavicencio el 24 de septiembre de 2023



LIC. ANGELICA ROJAS DE CEBALLOS  
C.C. 38.966.570 de Cali  
Representante Legal Suplente

**TSA - 4528**



JOSE FERNANDO PUENTES  
ENTRENADOR  
LIC. SST No. 3580 / 2019

**315 800 5740**

[www.institutopetroleroHseq.edu.co](http://www.institutopetroleroHseq.edu.co)  
[institutopetroleroverificacion@gmail.com](mailto:institutopetroleroverificacion@gmail.com)

VILLAVICENCIO - META: CRA 44B No. 33B - 126 BARZAL ALTO

**INSTITUTO PETROLERO  
HSEQ**



**CURSO:**  
**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO**

**NOMBRE:**  
**ADRIAN GUSTAVO MERCHAN SILVA**

**IDENTIFICACIÓN**  
**C.C. N° 1012319361**

**EXPEDICIÓN**  
**24 de septiembre de 2023**

**CONSECUTIVO**  
**TSA - 4528**

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3158001193 O EN NUESTRA PAGINA WEB [WWW.INSTITUTOPETROLEROHSEQ.EDU.CO](http://WWW.INSTITUTOPETROLEROHSEQ.EDU.CO)

**LIC. ANGELICA ROJAS DE CEBALLOS**  
**C.C. 38.966.570 de Cali**  
**Representante Legal Suplente**

**[www.institutopetroleroHseq.edu.co](http://www.institutopetroleroHseq.edu.co)**





## **CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA**

**DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS S.A.S**

**NIT: 901.290.908-3**

En cumplimiento a la resolución 4272 del 2021 - NTC 6072:2014.

Teniendo en cuenta que la empresa DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS SAS cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 6289 del 2019, Certificación NTC 6072: 2014 No CO20.02923, expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA, acreditado ONAC 09-CPR-008, registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código 08SE2021220000000010947.

**CERTIFICA QUE:**

**EDGAR JESUS HERNANDEZ ORTIZ**

**Identificado(a) con: CC 1010197400**

**RAZON SOCIAL: INDENERCOL S.A.S**

**NIT:901.688.341-8**

**REPRESENTANTE LEGAL:EDGAR JESUS HERNANDEZ ORTIZ**

**ARL:COLMENA**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL NIVEL DE:**

**TRABAJADOR AUTORIZADO**

**Con una intensidad horaria de 32 horas.**

**Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá**

**El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 12 AL 14 DE**

**FEBRERO DE 2024 Código de Registro No EMA\_2024\_3062**

**Desarrollo de Proyectos en Alturas s.a.s**

**NIT: 901.290. 908-3**

**R.L: Paula Andrea Castillo Abril**



**Diego Leandro Correa Camacho**

**C.C 1012.319.471**

**LSST 4895 del 2022**

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: al Correo electrónico, [desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com](mailto:desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com) Celular: [3204152181](tel:3204152181), teléfono fijo 7049698; Con el código **EMA\_2024\_3062** o el respectivo número de identificación **1010197400**



# **CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA**

**DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS**

**NIT: 901.290.908-3**

En cumplimiento a la resolución 4272 del 2021- NTC 6072:2014.

Teniendo en cuenta que la empresa DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS SAS cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 6289 del 2019, Certificación NTC 6072: 2014 No CO20.02923, expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA, acreditado ONAC 09-CPR-008, registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código 08SE2021220000000010947.

**CERTIFICA QUE:**

**EDGAR JESUS HERNANDEZ ORTIZ**

Identificado(a) con: CC: 1010197400

RAZON SOCIAL: INDENERCOL S.A.S

NIT:901.688.341-8

REPRESENTANTE LEGAL:EDGAR JESUS HERNANDEZ ORTIZ

ARL:COLMENA

ASISTIÓ Y APROBÓ EL NIVEL DE:

**CURSO ACTUALIZACION DE COORDINADORES TRABAJO SEGURO EN ALTURAS RES. 4272**

**Con una intensidad horaria de 16 horas.**

Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 16 Y 17 DE  
FEBRERO DE 2024 Código de Registro No EMA\_2024\_3065

**Desarrollo de Proyectos en Alturas s.a.s**

**NIT: 901.290. 908-3**

**R.L: Paula Andrea Castillo Abril**



**Jorge Andrés Sánchez Vargas**

**C.C 1083.916.831**

**ISO 7135 del 2019**

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: al Correo electrónico, [desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com](mailto:desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com) Celular: [3204152181](tel:3204152181), teléfono fijo 7049698; Con el código **EMA\_2024\_3065** o el respectivo número de identificación





REGIONAL DISTRITO CAPITAL

## EL CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA

### CERTIFICA

Que MARTHA LUCIA ARDILA GARCES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 52869499 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de TRABAJADOR AUTORIZADO PARA TRABAJO EN ALTURAS con una intensidad horaria de Treinta y Dos (32) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bogotá. a los veintisiete (27) dias del mes de marzo de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON

Subdirector CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

**SENA: Una Organización con Conocimiento**



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

## EL CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA

### CERTIFICA

Que MARTHA LUCIA ARDILA GARCES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 52869499 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de TRABAJADOR AUTORIZADO PARA TRABAJO EN ALTURAS con una intensidad horaria de Treinta y Dos (32) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bogotá. a los veintisiete (27) dias del mes de marzo de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON

Subdirector CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

**SENA: Una Organización con Conocimiento**





Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2019220000000047411 expedido el 13-11-2019, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO22.01230 del 31-10-2022. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Hace Constar que:

**MARTHA LUCIA ARDILA GARCES**

Cedula de Ciudadania 52869499

Perteneciente a la Empresa: MARTHA LUCIA GARCES con NIT: 52869499 - 0, cuyo representante legal es el señor (a) MARTHA LUCIA GARCES C.C. 52869499 /Afiliado a la ARL POSITIVA

**Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Altura:**

**ROL COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS**

CON UNA INTENSIDAD DE (80) HORAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los (10) días del mes de marzo de (2024)

  
LUIS GABRIEL FERNANDEZ O.  
Entrenador trabajo seguro en alturas  
LICENCIA EN S.O. No. 9450 del 18/07/2018 de la  
Secretaría Distrital de salud de Bogotá

  
JOSE SOLANO ROJAS.  
Representante legal CCP TRABAJO EN ALTURA SAS  
LICENCIA EN S.O. No. 3962 del 07/04/2017 de la  
secretaría Distrital de salud de Bogotá

CD-10923-10/03/2024  
CÓDGO FECHA

Calle 128bis No.93D-21- Tel. 311 498 10 95- 310 303 37 80 - (1) 942 3735 – ccptrabajoenalturas@gmail.com-Bogotá D.C.

Nota: Para verificar la validez del certificado ingresa a: [www.ccpalturassas.com](http://www.ccpalturassas.com) Menú-Consultar Certificados

FOE-FT-13 Version:3  
Fecha: 26/08/2022

**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**  
**ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN ALTURAS S.A.S.**

NIT. 901658335-5 - Licencia SST. 852 DE 30/01/2023

Aprobación del ministerio 08SE2023220000000037453 - NTC 6072: 2014, Código de acreditación de CELAC 18-CPR-002, Código de certificación 30,469-1

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGA A

**JOSE GONZALO**  
**AGUILAR CORREDOR**

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN  
1026573119

AFILIADO A LA ARL: SURA

RAZON SOCIAL: MFI INSTALACIONES SAS

NIT: 901019662-8

REPRESENTANTE LEGAL: MANUEL IGLESIAS CC. 1091653665

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE  
FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL**  
**(REENTRENAMIENTO)**

REALIZADO DESDE EL DÍA 07/03/2024 HASTA EL DÍA 07/03/2024 DEL AÑO 2024 EN

LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (07) DE (Marzo) DEL (2024) EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C



SAMIR BARRANCO  
REPRESENTANTE LEGAL ECA S.A.S



ANDRES YAÑEZ  
ENTRENADOR T.A.

Licencia S.O. Licencia S.O Resolución 25-1261 de 21 de Septiembre de 2021

CEL. 3132546942

[WWW.ESCULEADEALTURAS.COM.CO](http://WWW.ESCULEADEALTURAS.COM.CO)

CARRERA 26F No 32-30 SUR



**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**  
**ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN ALTURAS S.A.S.**

NIT. 901658335-5 - Licencia SST. 852 DE 30/01/2023

Aprobación del ministerio 08SE2023220000000037453 - NTC 6072: 2014, Código de acreditación de CELAC 18-CPR-002, Código de certificación 30,469-1

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGA A

**CRISTIAN DAVID**  
**CAMARGO RUIZ**

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN  
1093782256

AFILIADO A LA ARL: SURA

RAZON SOCIAL: MFI INSTALACIONES SAS

NIT: 901019662-8

REPRESENTANTE LEGAL: MANUEL IGLESIAS CC. 1091653665

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE  
FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL**  
**(REENTRENAMIENTO)**

REALIZADO DESDE EL DÍA 08/03/2024 HASTA EL DÍA 08/03/2024 DEL AÑO 2024 EN

LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (08) DE (Marzo) DEL (2024) EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C



SAMIR BARRANCO  
REPRESENTANTE LEGAL ECA S.A.S



ANDRES YAÑEZ  
ENTRENADOR T.A.

Licencia S.O. Licencia S.O Resolución 25-1261 de 21 de Septiembre de 2021

CEL. 3132546942

[WWW.ESCUELADEALTURAS.COM.CO](http://WWW.ESCUELADEALTURAS.COM.CO)

CARRERA 26F No 32-30 SUR



# CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

**MANUEL FERNANDO IGLESIAS TELLEZ**

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1091653665

AFILIADO A LA ARL: SURA

RAZON SOCIAL: MFI INSTALACIONES SAS

NIT: 901019662-8

REPRESENTANTE LEGAL: MANUEL IGLESIAS CC. 1091653665

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)**

REALIZADO DESDE EL DÍA 28 DEL MES DE MARZO HASTA EL DÍA 28 DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2023  
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.  
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (28) DE (03) DEL (2023)  
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo  
Representante Legal

ANDRES FELIPE YAÑEZ RODRIGUEZ  
ENTRENADOR T.A.  
Licencia S.O Resolución 25-1261 de 21 de  
Septiembre de 2021





REPUBLICA DE COLOMBIA

**EL CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILÍSTICA**

**“ESCUELA DE AUTOMOVILISMO VÍCTOR S.A.S.”**

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

Resolución (4011 diciembre 15 de 2016 y 4012 de diciembre 15 2016) de la Secretaría de Educación de la Alcaldía de Bucaramanga)  
y Resolución (01911 del 20 de Junio de 2011, 2670 del 24 de julio de 2017) del Ministerio de Transporte

**HACE CONSTAR QUE:**

**JONNY MARTIN TRIANA GUINEA**

Con Cedula de ciudadanía No 1.013.627.972

No Licencia de Conducción No. 1.013.627.972 Categoría C1

**CURSÓ Y APROBÓ LA ACCIÓN DE FORMACIÓN**

**MANEJO DEFENSIVO Y SEGURIDAD VIAL – NORMATIVIDAD VIAL - LEGISLACIÓN Y NORMAS DE TRÁNSITO –  
MECÁNICA BÁSICA – PRIMEROS AUXILIOS – MANEJO DE EXTINTORES**

De acuerdo al contenido de instrucción Código Nacional y tránsito, ley 769 agosto 6/2002, ley 1383 marzo 16/2010, ley 1548 de Julio 15/2012, ley 1696 Diciembre 19/2013, Resolución 1050 de Mayo 5/2004, ley 1503 diciembre 29/2011 seguridad vial.

**CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS**

En testimonio de lo anterior se firma en Bucaramanga Dpto. Santander a los Siete (07) Días del mes de Octubre de 2023  
Vigencia un (1) año.

**BLANCA PINILLA DE FERNEYNES**  
**DIRECTORA**