| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-000<br>Versión 01<br>02-02-2024 |
|---|---|---|

La actividad se realizará cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmedaduras.

| CIUDAD/DEPARTAMENTO: | Cali Mayo 27 al 2 de Junio /24 | PROYECTO: | Alojamiento de cadetes | SITIO DE TRABAJO: | Base aerea Alojamiento c. |
|---|---|---|---|---|---|

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo - AST es casual para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS**.

| Nombre del solicitante del permiso (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor) | Jhon. Edgar Reyes T | Cargo: | Profesional sisoma |
|---|---|---|---|
| Descripción del trabajo a realizar: | Trabajo en alturas | Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros) | |
| Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones: | Equipo de alturas - EPP. | | |
| Lugar específico de la ejecución: | Sobre Formaleta. | Actividad Rutinaria: SI | NO X. |
| Tiempo estimado de duración: | 8 horas. | Condiciones atmosféricas generales: | Estables - Normales |

**PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)**

Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

| NOMBRE | # IDENTIFICACIÓN | TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA) | ROL | | | | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | | | MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO) | | | | | | | | | | | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI / NO / NA | Coordinador de Alturas (operativo/campo) | Ayudante de Seguridad Alturas | Brigadista para rescate en alturas | | Casco dieléctrico, con barbiquejo 3 puntos de apoyo | Gafas de seguridad | Guantes de seguridad | Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica | Arnés cuerpo completo | Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y" | Conectores de restricción/posicionamiento | Sistemas de Anclajes (tipo línea de vida) | KIT Líneas de vida vertical | Freno o amortiguador de caída (para línea vertical) | Descendedor | Mosquetones | Línea o bloqueo autoretráctil | KIT Líneas de vida horizontal | Otros dispositivos de anclajes | Poleas | | |
| David de los Rios | 72783926 | Si | | Si | | | Si | Si | Si | Si | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| Jhon Edgar Reyes | 94503184 | Si | Si | Si | | | Si | Si | Si | Si | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| EDWY Ortiz. | 1143201881 | Si | | Si | | | Si | Si | Si | Si | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| Sergio Manuel A. | 72055786 | Si | | Si | | | Si | Si | Si | Si | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | Sergio M. |
| Gabriel andres | 1007463606 | Si | | Si | | | Si | Si | Si | Si | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| | | | | | | | Si | Si | Si | Si | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |

**Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:** Personal adicional: Jamintton Angulo., Oscar Sinisterra, Junior Valencia, Oscar Rodas, Luis Aguirre, Felipe. Rios.

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado**

| CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud | ✓ | | | Se cuenta con controles para caída de objetos en el área? | | | ✓ | Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ? | ✓ | | |
| Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas) | ✓ | | | Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo? | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad? | ✓ | | |
| Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo? | ✓ | | | Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica, etc.) segura? | ✓ | | |
| El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ? | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarios para el control de los peligros identificados ? | ✓ | | | El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas? | ✓ | | |
| Los puntos ó sistemas de anclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias min. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc. | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslinga, otros)? | ✓ | | | Verifico si hay presencia de panales, avispes, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo). | ✓ | | |
| | | | | El calzado de seguridad está libre de grasa o barro | ✓ | | | Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes. | ✓ | | |
| Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado al total de ejecutores en la charla preoperacional? | ✓ | | | Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor. | ✓ | | | La iluminación es adecuada para la actividad? | ✓ | | |
| Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ? | ✓ | | | El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (lineas eléctricas, tormentas, otros? | ✓ | | | Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ? | ✓ | | |
| El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas? | ✓ | | | Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios? | ✓ | | | Existe interferencia con otro tipo de trabajos? | | | ✓ |

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 05239-09

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

**Cuando no cumpla algún ítem individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:**

**Tipo de trabajo:**

| **Escriba SI ó NO:** | Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? NO | Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? NO | Se identificaron peligros inminentes? ____ Fueron controlados? Si Enúncielos: |
|---|---|---|---|

**Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica**

| Señalización: caída personas/objetos | Delimitación/ Línea de advertencia | Barandas con rodapié/malla para objetos | Tapas para huecos (Tapar cajas, otros) | Manejo de desniveles (superficie irregular) | Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas, | Portaherramienta s y/o sujetador | Vigía (Ayudante de Seguridad) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| N.a | N.a. | Si | N.a | N.a. | N.a. | N.a | Si |
| | | | | | | | |

**Análisis del Requerimiento de Claridad - RC**

| Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ___ NO X (De acuerdo a las alturas y equipos) | Describa, ilustre el RC en sus componentes: | |
|---|---|---|
| | **VARIABLE** | **INGRESE VALORES** |
| | A: Altura del trabajador | |
| | B: Longitud de la eslinga | |
| Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros): | C: Absorvedor de choque | |
| | E: Factor de seguridad | |
| | D: Distancia de caída | |
| | ***F=Distancia de Caída libre*** | |

| ELEMENTOS | SI | NO |
|---|---|---|
| *Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11). | ✓ | |
| Eslinga con absorbedor de impacto | | ✓ |
| Eslinga con absorbedor de impacto dielectrica | | ✓ |
| Eslinga de Posicionamiento | ✓ | |
| Talón Retráctil | | ✓ |
| *kit linea de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor, | | ✓ |
| *Kit linea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje). | | ✓ |
| *Andamios (colgantes, tubular) | ✓ | |
| Casco tipo I o tipo II con barbuquejo. | ✓ | |
| Calzado de seguridad normal o dieléctrico | ✓ | |
| Guantes (dieléctrico u otros) | ✓ | |
| Protección auditiva | ✓ | |
| Protección visual | ✓ | |
| Protección respiratoria | ✓ | |
| *Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos) | | ✓ |
| *Escalera tipo tijera | | ✓ |
| *Escalera tipo plataforma | | ✓ |
| *Elevador | | ✓ |







**Otras medidas de prevención colectiva:**

**Equipo de emergencias y rescate:** Camilla Rígida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquín X Kit de rescate ___, otro ___

¿cual?_____

**Sistemas de acceso certificados:** Plataformas / Andamios : X Escaleras de extención X Escaleras tipo gato(torre grua)____ Equipos de elevación_____ Acceso por cuerdas ____, Otro tipo de acceso:___

¿cual?_____

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJOS estructuras / Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado (Responda SI o NO; NA = No Aplica)**

| Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presente óxido, grietas, que no se mueva, que resistan 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (, stop y freno) e instaló líneas de vida, de escaso descenso, y de rescate (en cuerda y en buen estado). | P.P | Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa? | NA | Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje? | NA |
|---|---|---|---|---|---|

**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 00239-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

**VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO**

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS: He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

| FECHA (DD-MM-AA) | | | | VALIDEZ ( Horas) | | Trabajador designado con el ROL de **RESPONSABLE ACTIVIDAD** | | Trabajador designado con el ROL de **COORDINADOR DE ALTURAS** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desde | Hasta | NOMBRE | FIRMA | NOMBRE | FIRMA |
| Desde | 21 | 5 | 2024 | 7:00 am | 6:00pm | Jhon Edgar Reyes T. | | Jhon Edgar Reyes T | |
| Hasta | 2 | 6 | 2024 | | | C.C.: 94503184. | | C.C.: 94503184. | |

**CIERRE PERMISO DE TRABAJO**

| RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área) | | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERSONALMENTE DECLARO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES | PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES |
| El trabajo ha sido terminado | X | | | El área queda limpia y sin residuos? | X | | |
| El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras | X | | | Se han presentado accidentes y/o incidentes? | | X | |
| Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales | X | | | Se termina la actividad programada? | X | | |
| Otros | | | N.A. | Suspensión del permiso de trabajo? | | X | |
| NOMBRE Y FIRMA: Jhon Edgar Reyes Talero. C.C.: 94503184. | | | | NOMBRE Y FIRMA : Jhon Edgar Reyes Talero. C.C.: 94503184. | | | |

**VALIDACIÓN DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO:** en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurra un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

| Fecha | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones) | | | Se mantienen las condiciones iniciales | | Validación del Permiso | | Descripción de la modificación de condiciones iniciales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DD | MM | AAAA | Nombre | Cargo/Rol | Cédula | SI | No | SI | No | |
| | | | 1 | | | | | | | |
| | | | 2 | | | | | | | |
| | | | 3 | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | |
| | | | 5 | | | | | | | |
| | | | 6 | | | | | | | |

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 06239-06-2017

N.A.

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | **PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS**<br>**RESOLUCIÓN 4272/2021** | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

La actividad se realizará cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmedaduras.

| **CIUDAD/DEPARTAMENTO:** | Cali Mayo 20/26 2024 | **PROYECTO:** | Alojamiento Educadores | **SITIO DE TRABAJO:** | Base Aerea Alojamiento C. |
|---|---|---|---|---|---|

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo - **AST** es casual para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS.**

| **Nombre del solicitante del permiso** (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor) | Jhon Edgar Reyes T | **Cargo:** | Profesional SSOMA |
|---|---|---|---|
| **Descripción del trabajo a realizar:** | Trabajo en alturas | **Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)** | 2.10 |
| **Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:** | Equipo de alturas y EPP | | |
| **Lugar específico de la ejecución:** | Sobre Formaleta | **Actividad Rutinaria:** SI | NO X |
| **Tiempo estimado de duración:** | 8 horas | **Condiciones atmosféricas generales:** | Normales |

**PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)**

Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

| NOMBRE | # IDENTIFICACIÓN | TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA) | ROL | | | | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | | | MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO) | | | | | | | | | | | | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI / NO / NA | Coordinador de Alturas (operativo/campo) | Ayudante de Seguridad Alturas | Brigadista para rescate en alturas | | Casco dieléctrico con barboquejo 3 puntos de apoyo | Gafas de seguridad | Guantes de seguridad | Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica | Arnés cuerpo completo | Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en Y | Conectores de restricción/posicionamiento | Sistemas de Anclajes (tipo bolt) | KIT Líneas de vida vertical | Freno o amortiguador de caída (para línea vertical) | Descendedor | Mosquetones | Línea o bloqueo autorretractil | KIT Líneas de vida horizontal | Otros dispositivos de anclajes | Poleas | | |
| David Cubos Rios | AZ283926 | SI | | SI | | | SI | SI | SI | SI | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| Jhon Edgar R | 94503184 | SI | SI | SI | | | SI | SI | SI | SI | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| EDMY Ortiz. | 1143201081 | SI | | SI | | | SI | SI | SI | SI | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| Sergio Manuel A | 92.055786 | SI | | SI | | | SI | SI | SI | SI | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| Gabriel Andres de | 1007463606 | SI | | SI | | | SI | SI | SI | SI. | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | NA | NA | NA | | | NA | NA | NA | |

Jhon Edgar Reyes T. INGENIERO INDUSTRIAL ESPECIALISTA SST Resolución 08230-08-2017

**Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:**
Jeminton Angulo. Dotación Completa Personal adicional. Felipe Rios, luis Aguirre. desar Reales, Junior Valencia, Oscar sinisterra.

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado**

| CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud | ✓ | | | Se cuenta con controles para caída de objetos en el área? | | | ✓ | Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ? | ✓ | | |
| Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas) | ✓ | | | Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo? | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad? | ✓ | | |
| Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo? | ✓ | | | Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica, etc.) segura? | ✓ | | |
| El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ? | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarios para el control de los peligros identificados ? | ✓ | | | El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas? | ✓ | | |
| Los puntos ó sistemas de anclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias min. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)? | ✓ | | | Verifico si hay presencia de panales, avispas, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo). | ✓ | | |
| | | | | El calzado de seguridad está libre de grasa o barro | ✓ | | | Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes. | ✓ | | |
| Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado al total de ejecutores en la charla preoperacional? | ✓ | | | Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor. | ✓ | | | La iluminación es adecuada para la actividad? | ✓ | | |
| Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ? | ✓ | | | El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (líneas eléctricas, tormentas, otros? | ✓ | | | Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ? | ✓ | | |
| El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas? | ✓ | | | Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios? | ✓ | | | Existe interferencia con otro tipo de trabajos? | | ✓ | |

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

**Cuando no cumpla algún ítem individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:**

**Tipo de trabajo:**

| **Escriba SI ó NO:** | Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? NO | Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? NO | Se identificaron peligros inminentes? ____ Fueron controlados? SI Enúncielos: |
|---|---|---|---|

**Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica**

| Señalización: caída personas/objetos | Delimitación/ Línea de advertencia | Barandas con rodapié/malla para objetos | Tapas para huecos (Tapar cajas, otros) | Manejo de desniveles (superficie irregular) | Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas, | Portaherramienta s y/o sujetador | Vigía (Ayudante de Seguridad) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| NA | NA | Si | NA | NA | NA | NA | SI |
| | | | | | | | |

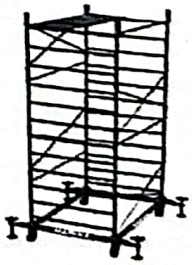
**Análisis del Requerimiento de Claridad - RC**

| Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ___ NO X (De acuerdo a las alturas y equipos) | Describa, ilustre el RC en sus componentes: | |
|---|---|---|
| | **VARIABLE** | **INGRESE VALORES** |
| | A: Altura del trabajador | |
| | B: Longitud de la eslinga | |
| Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros): | C: Adsorvedor de choque | |
| | E: Factor de seguridad | |
| | D: Distancia de caída | |
| | ***F=Distancia de Caída libre*** | |

| ELEMENTOS | SI | NO |
|---|---|---|
| *Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11). | ✓ | |
| Eslinga con absorbedor de impacto | | |
| Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica | | |
| Eslinga de Posicionamiento | ✓ | |
| Talón Retráctil | | |
| *kit línea de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor, | | ✓ |
| *Kit línea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje). | | ✓ |
| *Andamios (colgantes, tubular) | ✓ | |
| Casco tipo I o tipo II con barbuquejo. | ✓ | |
| Calzado de seguridad normal o dieléctrico | ✓ | |
| Guantes (dieléctrico u otros) | ✓ | |
| Protección auditiva | ✓ | |
| Protección visual | ✓ | |
| Protección respiratoria | ✓ | |
| *Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos) | | ✓ |
| *Escalera tipo tijera | | ✓ |
| *Escalera tipo plataforma | | ✓ |
| *Elevador | | ✓ |







**Otras medidas de prevención colectiva:**

**Equipo de emergencias y rescate:** Camilla Rígida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquín X Kit de rescate ___, otro ___

¿cual?_____

**Sistemas de acceso certificados:** Plataformas / Andamios : X Escaleras de extención _____ Escaleras tipo gato(torre grua)_____ Equipos de elevación_____ Acceso por cuerdas _____, Otro tipo de acceso:___

¿cual?_____

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJOS estructuras / Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado (Responda SI o NO; NA = No Aplica)**

| *Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presenta óxido, grietas, que no se mueva, que resistan 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (, stop y freno) e instaló líneas de vida, de ascenso-descenso, y de rescate (en cuerda y en buen estado).* | N.A | Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa? | N.A | Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje? | N.A |
|---|---|---|---|---|---|

**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 06239-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

**VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO**

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS: He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

| FECHA (DD-MM-AA) | | | VALIDEZ ( Horas) | | Trabajador designado con el ROL de RESPONSABLE ACTIVIDAD | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Desde | Hasta | NOMBRE | FIRMA | | NOMBRE | FIRMA | |
| Desde | 20 | 5 2024 | | | Jhon Edgar Reyes T. | | | Jhon Edgar Reyes Talero | | |
| Hasta | 26 | 5 2024 | | | C.C.: 94503184. | | | C.C.: 94503184 | | |

**CIERRE PERMISO DE TRABAJO**

| RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área) | | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERSONALMENTE DECLARO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES | PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES |
| El trabajo ha sido terminado | X | | | El área queda limpia y sin residuos? | X | | |
| El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras | X | | | Se han presentado accidentes y/o incidentes? | | X | |
| Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales | X | | | Se termina la actividad programada? | X | | |
| Otros | | | N.A. | Suspensión del permiso de trabajo? | | X | |
| NOMBRE Y FIRMA: | Jhon Edgar Reyes Talero<br>C.C.: 94503184 | | | NOMBRE Y FIRMA : | Jhon Edgar Reyes Talero<br>C.C.: 94503184 | | |

**VALIDACIÓN DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO:** en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

| Fecha | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones) | | | Se mantienen las condiciones iniciales | | Validación del Permiso | | Descripción de la modificación de condiciones iniciales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DD | MM | AAAA | Nombre | Cargo/Rol | Cédula | SI | No | SI | No | |
| | | | 1 | | | | | | | |
| | | | 2 | | | | | | | |
| | | | 3 | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | N.A. |
| | | | 5 | | | | | | | |
| | | | 6 | | | | | | | |

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 05239-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | **PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS**<br>**RESOLUCIÓN 4272/2021** | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

La actividad se realizará cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmendaduras.

| CIUDAD/DEPARTAMENTO: | Cali Mayo 14 al 18 /2024. | PROYECTO: | Alojamiento de cadetes | SITIO DE TRABAJO: | Base aerea. |
|---|---|---|---|---|---|

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo - **AST** es casual para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del solicitante del permiso** (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor) | Jhon Edgar Reyes Tafur. | **Cargo:** | Profesional sisoma. |
| **Descripción del trabajo a realizar:** | T.S.A. | **Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)** | 2.10 mts. |
| **Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:** | Equipos, EPP, Dotacion Completa. | | |
| **Lugar especifico de la ejecución:** | En obra. | **Actividad Rutinaria:** SI [ ] NO [X] | |
| **Tiempo estimado de duración:** | 2 horas | **Condiciones atmosféricas generales:** | Buenas estables. entre 22°c y. 25°c |

**PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)**

Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

| NOMBRE | # IDENTIFICACIÓN | TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA) | ROL | | | | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | | | MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO) | | | | | | | | | | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI / NO / NA | Coordinador de Alturas (operativo/campo) | Ayudante de Seguridad Alturas | Brigadista para rescate en alturas | | Casco dieléctico con barbuquejo 3 puntos de apoyo | Gafas de seguridad | Guantes de seguridad | Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica | Arnés cuerpo completo | Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y" | Conectores de restricción/posicionamiento | Sistemas de Anclajes (tipo bolt) | KIT Líneas de vida vertical | Freno o amortiguador de caída (para línea vertical) | Descensador | Mosquetones | Línea o bloqueo autoretráctil | KIT Líneas de vida horizontal | Otros dispositivos de anclajes | Poleas | |
| Erny Ortiz. | 1193201081 | Si | N.a | Si | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | |
| Sergio Manuel A. | 72055746 | Si | N.a | Si | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | Sergio A |
| Jhon Edgar Reyes | 94503184 | Si | Si | | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | JhonEdgar R. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:**
Cesar Rosales, Felipe Rios, Luis Aguirre Dotacion - EPP. Completa Personal adicional: Jaminton Angulo, Oscar Siniterra, Junior Valencia.

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado**

| CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud | ✓ | | | Se cuenta con controles para caida de objetos en el área? | | | ✓ | Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ? | ✓ | | |
| Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofisica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas) | ✓ | | | Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo? | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad? | ✓ | | |
| Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo? | ✓ | | | Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica, etc.) segura? | ✓ | | |
| El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ? | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ? | ✓ | | | El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas? | ✓ | | |
| Los puntos ó sistemas de enclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias min. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc. | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)? | ✓ | | | Verifico si hay presencia de panales, avispas, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo). | ✓ | | |
| | | | | El calzado de seguridad está libre de grasa o barro | ✓ | | | Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes. | ✓ | | |
| Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado al total de ejecutores en la charla preoperacional? | ✓ | | | Se realiza inspección de equipos de protección contra caidas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor. | ✓ | | | La iluminación es adecuada para la actividad? | ✓ | | |
| Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Criticas simultáneas y riesgos asociados ? | ✓ | | | El luger de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (lineas eléctricas, tormentas, otros? | ✓ | | | Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ? | ✓ | | |
| El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas? | ✓ | | | Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios? | ✓ | | | Existe interferencia con otro tipo de trabajo? | | ✓ | |

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

**Cuando no cumpla algún ítem individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:**

**Tipo de trabajo:**

| **Escriba SI ó NO:** | Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? NO | Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? NO | Se identificaron peligros inminentes? ____ Fueron controlados? SI Enúncielos: |
|---|---|---|---|

**Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica**

| Señalización: caída personas/objetos | Delimitación/ Línea de advertencia | Barandas con rodapié/malla para objetos | Tapas para huecos (Tapar cajas, otros) | Manejo de desniveles (superficie irregular) | Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas, | Portaherramientas y/o sujetador | Vigía (Ayudante de Seguridad) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| NA | NA | SI | NA | NA | NA | NA | SI |
| | | | | | | | |

**Análisis del Requerimiento de Claridad - RC**

| Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ___ NO X. (De acuerdo a las alturas y equipos) | Describa, ilustre el RC en sus componentes: | |
|---|---|---|
| | **VARIABLE** | **INGRESE VALORES** |
| | A: Altura del trabajador | |
| | B: Longitud de la eslinga | |
| Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros): | C: Absorvedor de choque | |
| | E: Factor de seguridad | |
| | D: Distancia de caída | |
| | ***F=Distancia de Caída libre*** | |

| ELEMENTOS | SI | NO |
|---|---|---|
| *Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11). | ✓ | |
| Eslinga con absorbedor de impacto | ✓ | |
| Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica | | ✓ |
| Eslinga de Posicionamiento | | ✓ |
| Talón Retráctil | | ✓ |
| *kit línea de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor, | ✓ | |
| *Kit línea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje) | | |
| *Andamios (colgantes, tubular) | ✓ | |
| Casco tipo I o tipo II con barbuquejo. | ✓ | |
| Calzado de seguridad normal o dieléctrico | ✓ | |
| Guantes (dieléctrico u otros) | ✓ | |
| Protección auditiva | ✓ | |
| Protección visual | ✓ | |
| Protección respiratoria | ✓ | |
| *Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos) | | ✓ |
| *Escalera tipo tijera | | ✓ |
| *Escalera tipo plataforma | | ✓ |
| *Elevador | | ✓ |







**Otras medidas de prevención colectiva:**

**Equipo de emergencias y rescate:** Camilla Rígida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquín X Kit de rescate X otro ___

¿cual?_____

**Sistemas de acceso certificados:** Plataformas / Andamios : X Escaleras de extención _____ Escaleras tipo gato(torre grua)____ Equipos de elevación_____ Acceso por cuerdas ____, Otro tipo de acceso:___

¿cual?_____

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJOS estructuras / Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado (Responda SI o NO; NA = No Aplica)**

| Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presente óxido, grietas, que no se mueva, que resistan 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda ( stop y freno) e instaló líneas de vida, de ascenso-descenso, y de rescate (en cuerda y en buen estado). | NA. | Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa? | NA | Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje? | NO. |
|---|---|---|---|---|---|

**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 08239-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

**VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO**

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS. He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

| FECHA (DD-MM-AA) | | VALIDEZ ( Horas) | | Trabajador designado con el ROL de RESPONSABLE ACTIVIDAD | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Desde | Hasta | NOMBRE | FIRMA | | NOMBRE | FIRMA |
| Desde | 14 05 2024 | / / | / / | Jhon Edgar Reyes T. | | | Jhon Edgar Reyes T. | |
| Hasta | 18 05 2024 | / / | / / | C.C.: 94503184. Cali | | | C.C.: 94503184. | |

**CIERRE PERMISO DE TRABAJO**

| RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área) | | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERSONALMENTE DECLARO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES | PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES |
| El trabajo ha sido terminado | X | | | El área queda limpia y sin residuos? | | | |
| El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras | X | | | Se han presentado accidentes y/o incidentes? | | | |
| Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales | X | | | Se termina la actividad programada? | | | |
| Otros | | | N.A. | Suspensión del permiso de trabajo? | | | |
| NOMBRE Y FIRMA: Jhon Edgar Reyes Talero C.C.: 94503184. | | | | NOMBRE Y FIRMA: Jhon Edgar. Reyes Talero C.C.: 94503184. | | | |

**VALIDACIÓN DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO:** en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

| Fecha | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones) | | | Se mantienen las condiciones iniciales | | Validación del Permiso | | Descripción de la modificación de condiciones iniciales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DD | MM | AAAA | Nombre | Cargo/Rol | Cédula | SI | No | SI | No | |
| | | | 1 | | | | | | | |
| | | | 2 | | | | | | | |
| | | | 3 | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | |
| | | | 5 | | | | | | | |
| | | | 6 | | | | | | | |

N/A

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 08239-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

La actividad se realizará cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmedaduras.

| CIUDAD/DEPARTAMENTO: | 6 o 11 de Mayo 2024 | PROYECTO: | Alojamiento de cadetes | SITIO DE TRABAJO: | Base Aerea |
|---|---|---|---|---|---|

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo - **AST** es causal para la suspensión inmediata del *Trabajo* /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS**.

| Nombre del solicitante del permiso (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor) | Jhon Edgar Reyes Tafur. | Cargo: | Profesional Sisoma. |
|---|---|---|---|
| Descripción del trabajo a realizar: | T.S.A. | Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros) | 2.10 mts. |
| Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones: | Equipos, EPP. | | |
| Lugar específico de la ejecución: | En obra | Actividad Rutinaria: SI | NO X |
| Tiempo estimado de duración: | 2 horas. | Condiciones atmosféricas generales: | Buenas Estables. |

**PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)**

Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

| NOMBRE | # IDENTIFICACIÓN | TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA) | ROL | | | | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | | | MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO) | | | | | | | | | | | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI / NO / NA | Coordinador de Alturas (operativo/campo) | Ayudante de Seguridad Alturas | Brigadista para rescate en alturas | | Casco dieléctrico, con barbiquejo 3 puntos de apoyo | Gafas de seguridad | Guantes de seguridad | Botas de seguridad punto o caucho y/o dieléctrica | Arnés cuerpo completo | Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y" | Conectores de restricción/posicionamiento | Sistemas de Anclajes (tipo línea off) | KIT Líneas de vida vertical | Freno o arrestador de caída (para línea vertical) | Descendedor | Mosquetones | Línea o bloqueo autoretráctil | KIT Líneas de vida horizontal | Otros dispositivos de anclajes | Poleas | | |
| Ermy Ortiz. | 1793201087 | Si | | Si | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | Ermi ortiz |
| Sergio Alfamiranda | 72055796 | Si | | Si | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | Sergio A. |
| Jhone Reyes T | 94503184 | Si | Si | | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | Jhone Reyes |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:**

Dotacion - EPP completa

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado**

| CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud | ✓ | | | Se cuenta con controles para caída de objetos en el área? | | | ✓ | Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ? | ✓ | | |
| Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas) | ✓ | | | Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo? | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad? | ✓ | | |
| Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo? | ✓ | | | Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica, etc.) segura? | ✓ | | |
| El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ? | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ? | ✓ | | | El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas? | ✓ | | |
| Los puntos ó sistemas de enclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias min. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superfice verticales y horizontal etc. | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)? | ✓ | | | Verifico si hay presencia de panales, avispas, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo). | ✓ | | |
| | | | | El calzado de seguridad está libre de grasa o barro | ✓ | | | Identifico el tráfico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes. | ✓ | | |
| Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado al total de ejecutores en la charla preoperacional? | ✓ | | | Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor. | ✓ | | | La iluminación es adecuada para la actividad? | ✓ | | |
| Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ? | ✓ | | | El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (líneas eléctricas, tormentas, otros? | ✓ | | | Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ? | ✓ | | |
| El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas? | ✓ | | | Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios? | ✓ | | | Existe interferencia con otro tipo de trabajos? | | | ✓ |

Jhon Edgar Reyes T. INGENIERO INDUSTRIAL ESPECIALISTA SST Resolución 08230-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

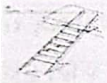
**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

**Cuando no cumpla algún ítem individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:**

**Tipo de trabajo:**

| Escriba SI ó NO: | Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? NO | Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? NO | Se identificaron peligros inminentes? ____ Fueron controlados? SI Enúncielos: |
|---|---|---|---|

**Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica**

| Señalización: caída personas/objetos | Delimitación/ Línea de advertencia | Barandas con rodapié/malla para objetos | Tapas para huecos (Tapar cajas, otros) | Manejo de desniveles (superficie irregular) | Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas, | Portaherramientas y/o sujetador | Vigía (Ayudante de Seguridad) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Na | Na | Si | Na | Na | Na | Na | Si |

| Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ___ NO X (De acuerdo a las alturas y equipos) | Describa, ilustre el RC en sus componentes: | |
|---|---|---|
| | VARIABLE | INGRESE VALORES |
| | A: Altura del trabajador | |
| | B: Longitud de la eslinga | |
| Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros): | C: Adsorvedor de choque | |
| | E: Factor de seguridad | |
| | D: Distancia de caída | |
| | *F=Distancia de Caída libre* | |

| ELEMENTOS | SI | NO |
|---|---|---|
| *Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11). | ✓ | |
| Eslinga con absorbedor de impacto | | |
| Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica | | |
| Eslinga de Posicionamiento | ✓ | |
| Talón Retráctil | | |
| *kit línea de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor, | | ✓ |
| *Kit línea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje). | | ✓ |
| *Andamios (colgantes, tubular) | ✓ | |
| Casco tipo I o tipo II con barbuquejo. | ✓ | |
| Calzado de seguridad normal o dieléctrico | ✓ | |
| Guantes (dieléctrico u otros) | ✓ | |
| Protección auditiva | ✓ | |
| Protección visual | ✓ | |
| Protección respiratoria | ✓ | |
| *Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos) | | ✓ |
| *Escalera tipo tijera | | ✓ |
| *Escalera tipo plataforma | | ✓ |
| *Elevador | | ✓ |







**Otras medidas de prevención colectiva:**

**Equipo de emergencias y rescate:** Camilla Rígida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquín X Kit de rescate ___, otro ___

¿cual?_____

**Sistemas de acceso certificados:** Plataformas / Andamios : X Escaleras de extención _____, Escaleras tipo gato(torre grua)____ Equipos de elevación_____, Acceso por cuerdas ____, Otro tipo de acceso:___

¿cual?_____

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJOS estructuras / Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado (Responda SI o NO; NA = No Aplica)**

| Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presente óxido, grietas, que no se mueva, que resistan 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (, stop y freno) e instaló líneas de vida, de ascenso-descenso, y de rescate (en cuerda y en buen estado). | N.A. | Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa? | N.A. | Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje? | N.A. |
|---|---|---|---|---|---|

**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 08239-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

**VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO**

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS: He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

| FECHA (DD-MM-AA) | | | | VALIDEZ ( Horas) | | Trabajador designado con el ROL de RESPONSABLE ACTIVIDAD | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desde | Hasta | NOMBRE | FIRMA | | NOMBRE | FIRMA | |
| Desde | 6 | 5 | 2024 | | | Jhon Edgar Reyes T | | | Jhon Edgar Reyes Tabio | | |
| Hasta | 11 | 5 | 2024 | | | C.C.: 94503184 Cali | | | C.C.: 94503184 Cali | | |

**CIERRE PERMISO DE TRABAJO**

| RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área) | | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERSONALMENTE DECLARO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES | PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES |
| El trabajo ha sido terminado | X | | | El área queda limpia y sin residuos? | X | | |
| El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras | X | | | Se han presentado accidentes y/o incidentes? | | X | |
| Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales | X | | | Se termina la actividad programada? | X | | |
| Otros | | | N.A. | Suspensión del permiso de trabajo? | | X | |
| NOMBRE Y FIRMA: | Jhon Edgar Reyes Tabio<br>C.C.: 94503184 | | | NOMBRE Y FIRMA : | Jhon Edgar Reyes Tabio<br>C.C.: 94503184 | | |

**VALIDACIÓN DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO:** en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

| Fecha | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones) | | | Se mantienen las condiciones iniciales | | Validación del Permiso | | Descripción de la modificación de condiciones iniciales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DD | MM | AAAA | Nombre | Cargo/Rol | Cédula | SI | No | SI | No | |
| | | | 1 | | | | | | | |
| | | | 2 | | | | | | | |
| | | | 3 | | | | | | | N.A. |
| | | | 4 | | | | | | | |
| | | | 5 | | | | | | | |
| | | | 6 | | | | | | | |

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 08239-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-(90) Versión 01 02-02-2024 |
|---|---|---|

La actividad se realizará cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmendaduras.

| CIUDAD/DEPARTAMENTO: | 30 de Abril al 4 de Mayo | PROYECTO: | Alojamiento de Cadetes | SITIO DE TRABAJO: | Base Aerea. |
|---|---|---|---|---|---|

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo - AST es casual para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS.**

| **Nombre del solicitante del permiso** (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor) | Jhon Edgar Reyes Talero. | Cargo: | Profesional sisoma. |
|---|---|---|---|
| **Descripción del trabajo a realizar:** | T.S.A. | **Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)** | 2.10mts |
| **Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:** | Equipos, EPP. | | |
| **Lugar especifico de la ejecución:** | En obra. | **Actividad Rutinaria:** SI | NO X |
| **Tiempo estimado de duración:** | En obra 2 horas. | **Condiciones atmosféricas generales:** | Buenas estables |

**PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)**

Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

| NOMBRE | # IDENTIFICACIÓN | TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA) | ROL | | | | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | | | MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO) | | | | | | | | | | | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI / NO / NA | Coordinador de Alturas (operativo/campo) | Ayudante de Seguridad Alturas | Brigadista para rescate en alturas | | Casco dieléctico, con barbiquejo 3 puntos de apoyo | Gafas de seguridad | Guantes de seguridad | Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica | Arnés cuerpo completo | Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y" | Conectores de restricción/posicionamiento | Sistemas de Anclajes (tipo lee off) | KIT Líneas de vida vertical | Freno o arrestador de caída (para línea vertical) | Descendedor | Mosquetones | Línea o bloqueo autoretráctil | KIT Líneas de vida horizontal | Otros dispositivos de anclajes | Poleas | | |
| Ermy Ortiz. | 1793201087 | Si | | Si | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | Ermy Ortiz |
| Sergio Altamiranda | 7705 5796 | Si | | Si | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | Sergio A. |
| Jhon E Reyes T | 94503184 | Si | Si | | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | Jhon E Reyes |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:** Dotación completa.

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado**

| CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA | CRITERIO | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud | ✓ | | | Se cuenta con controles para caída de objetos en el área? | | | ✓ | Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ? | ✓ | | |
| Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas) | ✓ | | | Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo? | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad? | ✓ | | |
| Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo? | ✓ | | | Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica, etc.) segura? | ✓ | | |
| El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ? | ✓ | | | Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ? | ✓ | | | El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas? | ✓ | | |
| Los puntos ó sistemas de anclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias min. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc. | ✓ | | | Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)? | ✓ | | | Verifico si hay presencia de panales, avispas, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo). | ✓ | | |
| | | | | El calzado de seguridad está libre de grasa o barro | ✓ | | | Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes. | ✓ | | |
| Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado al total de ejecutores en la charla preoperacional? | ✓ | | | Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor. | ✓ | | | La iluminación es adecuada para la actividad? | ✓ | | |
| Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ? | ✓ | | | El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (líneas eléctricas, tormentas, otros? | ✓ | | | Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ? | ✓ | | |
| El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas? | ✓ | | | Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios? | ✓ | | | Existe interferencia con otro tipo de trabajos? | | | |

Jhon E. Reyes T. INDUSTRIAL SST Resolución 08239-08-2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

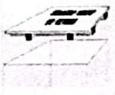
**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

**Cuando no cumpla algún ítem individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:**

**Tipo de trabajo:**

| **Escriba SI ó NO:** | Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? NO | Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? NO | Se identificaron peligros inminentes? ____ Fueron controlados? SI Enúncielos: |
|---|---|---|---|

**Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica**

| Señalización: caída personas/objetos | Delimitación/ Línea de advertencia | Barandas con rodapié/malla para objetos | Tapes para huecos (Tapar cajas, otros) | Manejo de desniveles (superficie irregular) | Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas, | Portaherramientas y/o sujetador | Vigía (Ayudante de Seguridad) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| N.A. | N.A. | SI | N.A | N.A | N.A | N.A | SI |

**Análisis del Requerimiento de Claridad - RC**

Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ___ NO X

(De acuerdo a las alturas y equipos)

Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

Describa, ilustre el RC en sus componentes:

| VARIABLE | INGRESE VALORES |
|---|---|
| A: Altura del trabajador | |
| B: Longitud de la eslinga | |
| C: Adsorvedor de choque | |
| E: Factor de seguridad | |
| D: Distancia de caída | |
| ***F=Distancia de Caída libre*** | |

| ELEMENTOS | SI | NO |
|---|---|---|
| *Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11). | ✓ | |
| Eslinga con absorbedor de impacto | | |
| Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica | | |
| Eslinga de Posicionamiento | ✓ | |
| Talón Retráctil | | |
| *kit línea de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor, | | ✓ |
| *Kit línea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje) | | ✓ |
| *Andamios (colgantes, tubular) | ✓ | |
| Casco tipo I o tipo II con barbuquejo. | ✓ | |
| Calzado de seguridad normal o dieléctrico | ✓ | |
| Guantes (dieléctrico u otros) | ✓ | |
| Protección auditiva | ✓ | |
| Protección visual | ✓ | |
| Protección respiratoria | ✓ | |
| *Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos) | | ✓ |
| *Escalera tipo tijera | | ✓ |
| *Escalera tipo plataforma | | ✓ |
| *Elevador | | ✓ |








**Otras medidas de prevención colectiva:**

**Equipo de emergencias y rescate:** Camilla Rígida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquín X Kit de rescate ___, otro ____

¿cual?_____

**Sistemas de acceso certificados:** Plataformas / Andamios : X Escaleras de extención _____ Escaleras tipo gato(torre grua)_____ Equipos de elevación_____ Acceso por cuerdas _____, Otro tipo de acceso:____

¿cual?_____

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJOS estructuras / Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado (Responda SI o NO; NA = No Aplica)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presente óxido, grietas, que no se mueva, que resistan 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda ( stop y freno) e instaló líneas de vida, de ascenso-descenso, y de rescate (en cuerda y en buen estado). | N.A | Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa? | N.A | Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje? | N.A |

**OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:**

Ing. Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 08239 de 2017

Powered by CamScanner

| LAM CONSTRUCCIONES | PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS<br>RESOLUCIÓN 4272/2021 | SST-080<br>Versión 01<br>02-02 2024 |
|---|---|---|

**VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO**

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS: He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

| FECHA (DD-MM-AA) | | | VALIDEZ ( Horas) | | Trabajador designado con el ROL de RESPONSABLE ACTIVIDAD | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Desde | Hasta | NOMBRE | FIRMA | | NOMBRE | FIRMA |
| Desde 30 | 4 | 2024 | | | Jhon Edgar Reyes T | | | Jhon Edgar Reyes T | |
| Hasta 4 | 5 | 2024 | | | C.C.: 94503184 Cali | | | C.C.: 94503184 cali | |

**CIERRE PERMISO DE TRABAJO**

| RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área) | | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERSONALMENTE DECLARO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES | PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE | SI | NO | OBSERVACIONES |
| El trabajo ha sido terminado | X | | | El área queda limpia y sin residuos? | X | | |
| El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras | X | | | Se han presentado accidentes y/o incidentes? | | X | |
| Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales | X | | | Se termina la actividad programada? | X | | |
| Otros | | | N.A. | Suspensión del permiso de trabajo? | | X | |
| NOMBRE Y FIRMA: Jhon Edgar Reyes Talero C.C.: 94503184 | | | | NOMBRE Y FIRMA : Jhon Edgar Reyes Talero C.C.: 94503184 cali | | | |

**VALIDACIÓN DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO:** en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

| Fecha | | | Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones) | | | Se mantienen las condiciones iniciales | | Validación del Permiso | | Descripción de la modificación de condiciones iniciales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DD | MM | AAAA | Nombre | Cargo/Rol | Cédula | SI | No | SI | No | |
| | | | 1 | | | | | | | N.A. |
| | | | 2 | | | | | | | |
| | | | 3 | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | |
| | | | 5 | | | | | | | |
| | | | 6 | | | | | | | |

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 08239-08-2017

Powered by CamScanner