PERMISO VALIDO PARA LOS DIAS:

	FIRMA TRABAJADOR / NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN / CC	CONSTANCIA CERTIFICADO INDUCCIÓN TRABAJO EN ALTURAS SI	NO	VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Vigente) SI	NO	REQUISITOS DEL TRABAJADOR (Requerimientos de aptitud) SI	NO	VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR SI	NO	LUNES FIRMA	MARTES FIRMA	MIERCOLES FIRMA	JUEVES FIRMA	VIERNES FIRMA	SABADO FIRMA	DOMINGO FIRMA
1	Miguel Rodriguez	1090082050	Y		Y		Y		Y		Miguel	Miguel		Miguel	Miguel	Miguel	
2	Misael Pabon	13563297	Y		Y		Y		Y		Misael	Misael				Misael	
3	Robinson R	13 930 [illegible]	Y		Y		Y		Y		[illegible]	[illegible]		Robinson	Robinson	Robinson	
4	Abelino	12285211	Y		Y		Y		Y		Abelino	Abelino		Abelino	Abelino	Abelino	
5	[illegible]	RM	Y		Y		Y		Y		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	13741618	X		X		X		X								
7	[illegible]	13565299	X		X		X		X		[illegible]	[illegible]		[illegible]			
8	Jorge Eliecer	10987888	+		+		+		+								
9																	
10																	

5. CONDICIONES DE SALUD DE CADA TRABAJADOR (PARA EJECUTANTES TAREA)

Marque con una X en SI o NO para cada trabajador enumerado (según trabajadores firmaron permiso en la parte superior, según lo que cada trabajador manifieste de su estado de salud)

	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO
1. Está en condiciones de salud optimas?	Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
2. Ha tenido alguna enfermedad que amerite atención médica en las últimas 72 horas?		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y				
3. Sufrió trauma en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento o intenso aturdimiento en las últimas 72 horas?		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y				
4. Ingirió medicamentos que producen sueño como antigripales u otros en las últimas 6 horas? Son medicados con fórmula?		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y				
5. Sufre de epilepsia, mareo o vértigo?		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y				
6. Miedo a las alturas? (Acrofobia)		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y				
7. Esta bajo los efectos de Alcohol y/o alucinógenos?		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y		Y				

RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

JEFE INMEDIATO , SUPERVISOR DE AREA Y/O MAESTRO ENCARGADO (Nombre y Apellidos). Yainer Almonacid — Firma: [signature]

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

COORDINADOR TSA (Nombre y Apellidos). [illegible] — Firma: [signature]

18. REEVALIDACIÒN

APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO			AYUDANTE DE SEGURIDAD
Firma: [signature]	Firma:		Firma:
Nombres y apellidos: [illegible]	Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:
Empleador ò Coordinador de alturas	Empleador ò Coordinador de alturas		Empleador ò Coordinador de alturas

CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Firma:

Nombres y apellidos:

Coordinador de alturas /RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROGRAMA DE PROTECCION PARA ACTIVIDADES DE TRABAJOS EN ALTURAS DEC 0372 DEL 2021

PERMISO TRABAJOS EN ALTURAS

CONSTRUCCIONES

TIPO DE TRABAJO		VALIDEZ (FECHA Y HORA INICIO Y DE TERMINACIÓN DE TAREA)		DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A EJECUTAR:
SI	NO	DESDE (D/M/A)	HASTA (D/M/A)	Perforado, resane, o instalacion malla y pomila.
TRABAJO EN ALTURAS		06-05-21	11-06-21	
		5. ALTURA MAXIMA	22mts	
				SECTOR, AREA O PROYECTO: Tekal

Tipo de trabajo en Alturas (Marque con X el tipo de Trabajo de Alturas)

Trabajos en Techos		Trabajos en Plataformas Elevadoras		Trabajos con Andamios		Suspendido		Trabajos de profundidad		Puentes	
Trabajos en Techos o cubiertas		Trabajos con cuerdas de acceso o posicionamiento	X	Trabajos en Postes		Suspensión	X	Excavaciones		Colisseo	

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Taladro		Cincel					

IDENTIFIQUE LOS PELIGROS

Líneas energizadas		Derrumbes probables		Proyección de partículas	X	Radiación no ionizante	X	Radiación ionizante		Vibraciones		Eléctrico		Andamios	
Electrocución		Caídas al mismo nivel	X	Incendios		Infecciones		Iritación		Quemaduras químicas o térmicas		Mecánico	X	Escaleras	
Superficies de formas irregular	X	Lluvia	X	Caídas de objetos	X	Inundación		Cambios bruscos de temperatura	X	Polvos	X	Lesiones osteomusculares	X	Elevadores de personal	
Accidentes de tránsito		Caídas /alturas	X	Manipulación de objetos químicos		Inmersión en ríos		Precipitaciones	X	Movimientos repetitivos	X	Exposición a químicos		Grúas con canasta	
Riesgo Publico	X	Derrumbes	X	Humos metálicos		Sismos	X	Ruido continuo	X	Levantamiento de cargas	X	Riesgos por caidas	X	Otros:	
Eléctrico		Derrames, fugas		Riesgos ambientales		Biondcarsico	X	Incendio / explosión		Atmósferas peligrosas		Otros: Cuáles?_____			
Terrenos con pendientes	X	Riesgo de tropezones	X	Cortes	X	Riesgos por caídas	X	Mordeduras o picaduras causadas por animales	X	Plantas venenosas o urticantes (Alergias por plantas)					

MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN ALTURAS

EPPS Y ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS				MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS						SISTEMAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS		OTROS ELEMENTOS	
Casco con barbuquejo	X	Guantes de seguridad cortantes		Arnés	X	Vinosqueteros	X	Mts portátil trabajo en fachadas		Mallas		Botiquín	X
Gafas de seguridad	X	Guantes de seguridad Vaqueta	X	Línea de vida	X	Ganchos de seguridad		Cuerda de descenso		Cinta de demarcación y señalización		Extintores	X
Protección facial (Careta)		Guantes de seguridad Nitrilo		Eslinga con absorbedor de energía		Descendedor		Plan de rescate	X	Polisombra		Radio transmisor/receptor	
Protección auditiva (Tapaoidos desechable)	X	Guantes de seguridad _____		Trabajo de posicionamiento	X	Ascendedor		Kit de rescate		Colombinas		Hidratación	X
Protección auditiva (Tapaoidos copa)		Ropa adecuada para el trabajo	X	Conectores		Arrestador	X	Red de seguridad		Malatines		Kit de derrames	X
Protección respiratoria (Tapabocas)		Protección sangonal		Punto de anclaje	X	Tie Off				Otros:		Bloqueo y señalización	

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADOS		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
¿El trabajador ha inspeccionado y revisado el estado del arnés de aseguramiento/arnés a utilizar?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha revisado el estado de la estructura antes de instalar el equipo de posicionamiento?	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo ha sido demarcada, cubriendo el material que no pueda ser retirado?	X			X			X			X			X			X		
¿Se encuentran los equipos y/o herramientas ventados y en buen estado?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador ha instalado el arnés de seguridad en alturas mayores a 2.00 metros y ha sido conectado a una línea de vida fija o la estructura?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para carga objetos y otros materiales de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una bolsa portaherramientas para carga de herramientas de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿El personal se le ha instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante este trabajo?	X			X			X			X			X			X		
Se verifica que la formación en alturas del personal sea acorde al trabajo a realizar	X			X			X			X			X			X		
El equipo para ascenso al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados.	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con los certificados de alturas vigente	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con su seguridad social al día	X			X			X			X			X			X		
Se cuenta con el equipo de primeros auxilios	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo se ha delimitado y señalado convenientemente?			X			X			X			X			X			X
¿El trabajador se ha colocado todos los elementos de protección personal?	X			X			X			X			X			X		
¿Permiten lecturas externas (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?	X			X			X			X			X			X		
Se tienen en cuenta medidas de trabajo para alturas en cercanía a áreas energizadas			X			X			X			X			X			X
¿Luego de terminar el trabajo, se ha revisado que todo el equipo utilizado como el área de trabajo queden en buenas condiciones de orden y aseo?	X			X			X			X			X			X		

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

DILIGENCIAR PARA TODOS LOS PERMISOS	SI	NO	N.A	TRABAJOS EN ALTURAS	SI	NO	N.A
Se cuenta con los procedimientos seguros para la realización de los tareas de alto riesgo?	X			El personal se encuentra certificado para trabajar en altura?	X		
Las herramientas, máquinas y equipos que se usarán para realizar el trabajo han sido inspeccionados y se han verificado sus condiciones de seguridad ?	X			Los equipos de seguridad (arnés, eslingas, líneas de vida, escaleras, andamios) son certificados?	X		
Se tienen los elementos de protección personal acordes con los riesgos identificados y son los apropiados para realizar el trabajo y se encuentran en buenas condiciones ?	X			El área se encuentra delimitada y señalizada?			X
Se ha notificado a los responsables del área afectada por la ejecución del (los) trabajo (s) amparado (s) por esta autorización ?	X			Se verifican los puntos de anclaje?	X		
Se ha señalizado, demarcado y aislado completamente el área (s)de ejecución de los trabajos ?			X	Se realizó preuso de los equipos a utilizar (arnés, eslinga, líneas de vida, escaleras)?	X		

14. OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

PERMISO VALIDO PARA LOS DIAS:

	FIRMA TRABAJADOR	IDENTIFICACION	CONTRATO, CERTIFICADO, COMPETENCIA PARA TRABAJO EN ALTURAS		VERIFICACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Agosto)		REQUISITOS DEL TRABAJADOR (Responsabilidad de auditar)		VERIFICACION DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	NOMBRES Y APELLIDOS	CC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
1	Gustavo Jorge	13746130	X		X		X		X								
2	Avelino Parra	13283211			X		X		X								
3	Miguel Rodrigo	1090988059			X		X		X								
4	[illegible]	B562807			X		X		X								
5	Gustavo R	13913078	X		X		X		X								
6	[illegible]	13563291	X		X		X		X								
7	Jorge Elecar	10987918	X		X		X		X								
8	Franklin	1.164[illegible]	X		X		X		X								
9	avelino	[illegible]	X		X		X		X								
10	gervasio	1199601[illegible]	X		X		X		X								

5. CONDICIONES DE SALUD DE CADA TRABAJADOR (PARA EJECUTANTES TAREA)

Marque con una X en SI o NO para cada trabajador enumerado (según trabajadores firmaron permiso en la parte superior, según lo que cada trabajador manifieste de su estado de salud)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Está en condiciones de salud optimas?	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
2. Ha tenido alguna enfermedad que amerite atención médica en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
3. Sufrió trauma en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento o intenso aturdimiento en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
4. Ingirió medicamentos que producen sueño como antigripales u otros en las últimas 6 horas? Son medicados con fórmula?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
5. Sufre de epilepsia, mareo o vértigo?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
6. Miedo a las alturas? (Acrofobia)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
7. Esta bajo los efectos de Alcohol y/o alucinógenos?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

JEFE INMEDIATO , SUPERVISOR DE AREA Y/O MAESTRO ENCARGADO (Nombre y Apellidos). Yainer Almario — Firma:

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

COORDINADOR TSA (Nombre y Apellidos): [illegible] — Firma:

18. REEVALIDACIÒN

APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO			AYUDANTE DE SEGURIDAD	
Firma:		Firma:	Firma:	
Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:	
Empleador ò Coordinador de alturas		Empleador ò Coordinador de alturas	Empleador ò Coordinador de alturas	

CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Firma:	VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO Como responsable de área, he verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los controles establecidos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y he comunicado al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. Como Coordinador de Seguridad He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los controles establecidos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.
Nombres y apellidos:	
Coordinador de alturas /RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO	

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROGRAMA DE PROTECCIÓN PARA ACTIVIDADES DE TRABAJOS EN ALTURAS RES 4272 DEL 2021

PERMISO TRABAJOS EN ALTURAS

CONSTRUCTORA

TIPO DE TRABAJO

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A EJECUTAR:

Participacion Aseo y Orden

total

Tipo de trabajo en Alturas (Marque con X el tipo de Trabajo de Alturas)

Trabajos en Techos		Trabajos con cuerdas de acceso o posicionamiento	X	Trabajos en Postes		Suspensión	X	Excavaciones	
Trabajos en Techos e cubiertas									

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

IDENTIFIQUE LOS PELIGROS

Líneas energizadas		Descargas atmosféricas		Proyección de partículas	X	Radiación no ionizante		Ruidos intensos		Vibraciones		Biológicos		Ambientales	
Electrocución		Caídas al mismo nivel	X	Incendios		Infecciones		Irritación		Quemaduras químicas o térmicas		Mecánicos	X	Escaleras	
Superficies de terreno irregular	X	Caídas de objetos	X	Inundación		Cambios bruscos de temperatura	X	Polvos	X	Lesiones osteomusculares	X	Elevadores de personal	
Accidentes de tránsito		Caídas /alturas	X	Manipulación de objetos químicos		Derrumbe de rocas		Precipitaciones	X	Movimientos repetitivos	X	Exposición a químicos		Grúas con canasta	
Riesgo Público	X	Derrumbes	X	Humos metálicos		Sismos	X	Ruido continuo	X	Levantamiento de cargas	X	Riesgos por caídas	X	Otros:	
Eléctrico		Derrames, fugas		Riesgos ambientales		Biomecánicos	X	Inmersión / explosión		Atmósferas peligrosas		Otros. Cuáles? _____			
Terreno con pendientes	X	Riesgo de tropezones	X	Caídas	X	Riesgos por caídas	X	Manipuladores o plaguicidas químicos por aplicación	X	Plantas venenosas o urticantes (Alergias por plantas)					

MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS EN ALTURAS

EPPS Y ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS				MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS						SISTEMAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS		OTROS ELEMENTOS	
Casco con barbuquejo	X	Guantes de seguridad cortantes		Arnés	X	Mosquetones	X	Silla portatil trabajo en tejados		Mallas		Botiquín	X
Botas de seguridad	X	Guantes de seguridad Vinyaflex	X	Línea de vida	X	Ganchos de seguridad		Cuerda de descenso		Línea de vida de demarcación y señalización		Extintores	X
Protección facial (Careta)		Guantes de seguridad Nitrilo		Eslinga con absorbedor de energía		Descensador		Plan de rescate	X	Poliscombro		Radio transmisor/receptor	
Protección auditiva (Tapaoidos moldeables)	X	Guantes de seguridad _____		Eslinga de posicionamiento	X	Ascensador		Kit de rescate		Colombinas		Señalización	X
Protección auditiva (Tapaoidos auras)		Ropa adecuada para el trabajo	X	Conectores		Arrestador	X	Red de seguridad		Malacates		Kit de derrames	X
Protección respiratoria (Tapabocas)		Protección corporal		Punto de anclaje	X	Tie Off				Otros		Bloqueo y señalización	

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADOS		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
¿Se cuenta con los procedimientos seguros para la realización de las tareas de alto riesgo?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha verificado el estado de la estructura antes de trabajar el equipo de aseguramiento?	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo se ha delimitado, señalizado el material que no puede ser retirado?	X			X			X			X			X			X		
¿Se encuentran los equipos sin daños aparentes revisados y en buen estado?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador ha recibido el arnés de seguridad en alturas mayores a 2.00 metros y se ha sido conectado a una línea de vida fija o a estructura?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para carga adicional y otros materiales de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una bolsa portaherramientas para carga de herramientas de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿El personal no se ha expuesto en relación a los riesgos con puntos presentes durante este trabajo?	X			X			X			X			X			X		
Se verifica que la herramienta en alturas del personal está puesta al trabajo a realizar	X			X			X			X			X			X		
El equipo para evacuar a alto y a de protección personal hayan inspeccionados	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con los certificados de alturas vigente	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con su seguridad social al día	X			X			X			X			X			X		
Se cuenta con el equipo de primeros auxilios			X			X			X			X			X			X
¿El área de trabajo se ha delimitado y señalo correctamente?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador se ha asegurado todos los elementos de protección personal?	X			X			X			X			X			X		
¿Permiten factores externos puedan afectar la forma que el trabajo se haga con seguridad?			X			X			X			X			X			X
Se toman en cuenta medidas de trabajo para labores en ambientes a líneas energizadas																		
¿Luego de terminar el trabajo, se ha verificado que todo el equipo utilizado cuenta al área de trabajo quedan en buenas condiciones de orden y aseo?	X			X			X			X			X			X		

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

DILIGENCIAR PARA TODOS LOS PERMISOS	SI	NO	N.A	TRABAJOS EN ALTURAS	SI	NO	N.A
Se cuenta con los procedimientos seguros para la realización de las tareas de alto riesgo?	X			El personal se encuentra certificado para trabajar en altura?	X		
Las herramientas, máquinas y equipos que se usarán para realizar el trabajo han sido inspeccionados y se han verificado sus condiciones de seguridad ?	X			Los equipos de seguridad (arnés, eslinga, líneas de vida, escaleras, andamios) son certificados?	X		
Se tienen los elementos de protección personal acordes con los riesgos identificados y son los apropiados para realizar el trabajo y se encuentran en buenas condiciones ?	X			El área se encuentra delimitada y señalizada?			X
Se ha notificado a los responsables del área afectada por la ejecución del (los) trabajo (s) amparado (s) por esta autorización ?	X			Se verifican los puntos de anclaje?	X		
Se ha señalizado, demarcado y aislado completamente el área (s)de ejecución de los trabajos ?			X	Se realizó preuso de los equipos a utilizar (arnés, eslinga, líneas de vida, escaleras)?	X		

14. OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

PERMISO VALIDO PARA LOS DIAS:

	FIRMA TRABAJADOR	IDENTIFICACION	CONDICIONES FISICAS Y MENTALES APTAS PARA TRABAJO EN ALTURAS		VERIFICACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Vigente)		REQUISITOS DEL TRABAJADOR (Reentrenamiento de ley/Ref)		VERIFICACION DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE PARA CADA TRABAJADOR		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	NOMBRES Y APELLIDOS	CC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
1.	Avelino	13285211	+		+		+		+		Avelino			Avelino			
2.	Isaen	13563297	+		+		+		+		Isaen	Isaen	Isaen	Isaen	Isaen	Isaen	
3.	Miguel	1090987059			+		+		+		Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	
4.	Esteban Zapata	1374618	N		+		+		+		Esteban	Esteban	Esteban	Esteban	Esteban	Esteban	
5.	Michael Ortega	1005152560	+		+		+		+								
6.	Jhon	135628	+		+		+		+				Jhon	Jhon	Jhon		
7.	Jorge Isaac	1098248588	+		+		+		+								
8.	Wilton Sco	13930169	+		+		+		+					Wilton	Wilton	Wilton	
9.																	
10.																	

5. CONDICIONES DE SALUD DE CADA TRABAJADOR (PARA EJECUTANTES TAREA)

Marque con una X en SI o NO para cada trabajador enumerado (según trabajadores firmaron permiso en la parte superior, según lo que cada trabajador manifieste de su estado de salud)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Está en condiciones de salud optimas?	+		+		+		+		+		+		+		+					
2. Ha tenido alguna enfermedad que amerite atención médica en las últimas 72 horas?		+		+		+		+		+		+		+		+				
3. Sufrió trauma en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento o intenso aturdimiento en las últimas 72 horas?		+		+		+		+		+		+		+		+				
4. Ingirió medicamentos que producen sueño como antigripales u otros en las últimas 6 horas? Son medicados con fórmula?		+		+		+		+		+		+		+		+				
5. Sufre de epilepsia, mareo o vértigo?		+		+		+		+		+		+		+		+				
6. Miedo a las alturas? (Acrofobia)		+		+		+		+		+		+		+		+				
7. Esta bajo los efectos de Alcohol y/o alucinógenos?		+		+		+		+		+		+		+		+				

RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

JEFE INMEDIATO , SUPERVISOR DE AREA Y/O MAESTRO ENCARGADO (Nombre y Apellidos). Jairo Armijo — Firma:

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

COORDINADOR TSA (Nombre y Apellidos) Nelson Nathano Torres Mena — Firma:

18. REEVALIDACIÓN

APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO			AYUDANTE DE SEGURIDAD
Firma:	Firma:		Firma:
Nombres y apellidos: Nelson Nathano Torres	Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:
Empleador ò Coordinador de alturas	Empleador ò Coordinador de alturas		Empleador ò Coordinador de alturas

CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Firma:

Nombres y apellidos:

Coordinador de alturas /RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROGRAMA DE PROTECCION PARA ACTIVIDADES DE TRABAJOS EN ALTURAS RES 4272 DEL 2021

PERMISO TRABAJOS EN ALTURAS

CONSTRUCCIONES CESA

TIPO DE TRABAJO RUTINARIO		VALIDEZ FECHA Y HORA INICIO Y DE TERMINACIÓN DE TAREA	
SI X NO		DESDE D/M/A	HASTA D/M/A
TRABAJO EN ALTURAS		02/03/2023	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A EJECUTAR: Reforzamiento instalación medianillos.

CIUDAD O MUNICIPIO	BUCARAMANGA	N. HORAS TRABAJO	72HRS	NOMBRE AREA O PROYECTO	total.

Tipo de trabajo en Alturas (Marque con X el tipo de Trabajo de Alturas)

Trabajos en Techos o cubiertas		Trabajos en Plataformas Elevadoras / Trabajos con cuerdas de acceso o posicionamiento	X	Trabajos en Postes		Suspensión	X	Excavaciones		Cámaras	

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

1	TALADRO	5		9	
2	PICA	6		10	
3	MARTILLO	7		11	
4	PALA	8		12	

IDENTIFIQUE LOS PELIGROS

Líneas energizadas		Descargas atmosféricas		Proyección de particulas	X	Radiación no ionizante		Radiación ionizante		Vibraciones		Eléctrico		Andamios	
Electrocución		Caídas al mismo nivel	X	Incendios		Infecciones		Irritación		Quemaduras química o térmicas		Mecánico	X	Escaleras	
Superficies de trabajo irregular	X	Lluvia	X	Caídas de objetos	X	Inundación		Cambios bruscos de temperatura	X	Polvos	X	Lesiones osteomusculares	X	Elevadores de personal	
Accidentes de tránsito		Caídas /alturas	X	Manipulación de objetos químicos		Inversión de rios		Precipitaciones	X	Movimientos repetitivos	X	Exposición a químicos		Grúas con canasta	
Riesgo Público	X	Derrumbes	X	Humos metálicos		Sismos	X	Ruido continuo	X	Levantamiento de cargas	X	Riesgos por caidas	X	Otros:	
Eléctrico		Derrames, fugas		Riesgos ambientales		Biomecanico	X	Incendio / explosión		Ambientes peligrosos		Otros: Cuales?_____			
Terrenos con pendientes	X	Riesgo de trapezoides	X	Cortes	X	Riesgos por caidas	X	Mordeduras o picaduras causadas por animales	X	Plantas ponzoñosas o artículos (Alergias por plantas)					

MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN ALTURAS

EPPS Y ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS				MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS						SISTEMAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS		OTROS ELEMENTOS	
Casco con barbuquejo	X	Cuerdas de seguridad semiestatica		Arnés	X	Mosquetones	X	Silla portatil trabajo en huecos		Medias		Botiquin	X
Gafas de seguridad	X	Cuerdas de seguridad Vaivenes	X	Linea de vida	X	Ganchos de seguridad		Cuerda de descenso		Cinta de de demarcación y señalización		Extintores	X
Protección facial (Careta)		Cuerdas de seguridad dinamica		Eslinga con absorbedor de energia		Descensador		Plan de rescate	X	Polisombra		Radio transmisor/receptor	
Protección auditiva (Tapaoidos insercion)	X	Cuerdas de seguridad_____		Eslinga de posicionamiento	X	Ascensador		Kit de rescate		Colombinas		Hidratación	X
Protección auditiva (Tapaoidos copa)		Ropa adecuada para el trabajo	X	Conectores		Arrestador	X	Red de seguridad		Mojones		Kit de derrames	X
Protección respiratoria (Tapabocas)		Protección ocular:		Punto de anclaje	X	Tie Off				Otros:		Bloqueo y señalización	

LISTA DE VERIFICACION O CHEQUEO

	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADOS		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿El trabajador ha implementado y revisado el sistema de autoprotección a utilizar?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha revisado el estado de la estructura antes de instalar el equipo de autoprotección?	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo ha sido despejada, cubriendo el material que no puede ser retirado?	X			X			X			X			X			X		
¿Se encuentran los equipos sin herramientas revisados y en buen estado?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador ha instalado el anclaje de seguridad en alturas mayores a 2.00 metros y ha sido asesorado o una linea de vida fija o la estructura?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para cargar objetos y otros materiales de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una bolsa portaherramientas para cargar las herramientas de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Al personal se le ha entrenado en relación a los riesgos que pueden presentarse durante este trabajo?	X			X			X			X			X			X		
Se verifica que la formación en alturas del personal este acorde al trabajo a realizar.	X			X			X			X			X			X		
El equipo para ascender al pilar y el de protección personal fueron inspeccionados.	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con los certificados de alturas vigente	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con la seguridad social al día	X			X			X			X			X			X		
Se cuenta con el equipo de primeros auxilios	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo se ha delimitado y asegurado correspondientemente?			X			X			X			X			X			X
¿El trabajador se ha colocado todos los elementos de protección personal?	X			X			X			X			X			X		
¿Perciben factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?	X			X			X			X			X			X		
Se tienen en cuenta medidas de trabajo, para vehículos en cercanía y líneas energizadas			X			X			X			X			X			X
¿Luego de terminar el trabajo, se ha revisado que todo el equipo utilizado como el área de trabajo quedan en buenas condiciones de orden y aseo?	X			X			X			X			X			X		

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

DILIGENCIAR PARA TODOS LOS PERMISOS	SI	NO	N.A	TRABAJOS EN ALTURAS	SI	NO	N.A
Se cuenta con los procedimientos seguros para la realización de las tareas de alto riesgo?	X			El personal se encuentra certificado para trabajar en altura?	X		
Las herramientas, máquinas y equipos que se usarán para realizar el trabajo han sido inspeccionados y se han verificado sus condiciones de seguridad ?	X			Los equipos de seguridad (arnés, eslingas, líneas de vida, escaleras, andamios) son certificados?	X		
Se tienen los elementos de protección personal acordes con los riesgos identificados y son los apropiados para realizar el trabajo y se encuentran en buenas condiciones ?	X			El área se encuentra delimitada y señalizada?			X
Se ha notificado a los responsables del área afectada por la ejecución del (los) trabajo (s) amparado (s) por esta autorización ?	X			Se verifican los puntos de anclaje?	X		
Se ha señalizado, demarcado y aislado completamente el área (s)de ejecución de los trabajos ?			X	Se realizó preuso de los equipos a utilizar (arnés, eslinga, líneas de vida, escaleras)?	X		

14. OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

PERMISO VALIDO PARA LOS DIAS:

	FIRMA TRABAJADOR	IDENTIFICACION	CONFIRMA QUE CUENTA CON COMPETENCIAS PARA TRABAJO EN ALTURAS		VERIFICACION DE SEGURIDAD SOCIAL (vigente)		REQUISITOS DEL TRABAJADOR (Requerimientos de aptitud)		VERIFICACION DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	NOMBRES Y APELLIDOS	CC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
1.	Michael Ortega	1005552560	X		X		X		X								
2.	Roberto R	13930703	X		X		X		X								
3.	Fabian [illegible]	1374621	X		X		X		X								
4.	Yesenia Ortega	1232891659	X		X		X		X								
5.	[illegible]	85628[illegible]	X		X		X		X								
6.	JUAN DIAZ	1095826779	X		X		X		X		JUAN	JUAN	JUAN	JUAN	JUAN	JUAN	
7.	Alan Eduardo	1005211	X		X		X		X								
8.	Sebastián	1005201	X		X		X		X								
9.	Miguel Alcodiz	1090982059	X		X		X		X								
10.	Jose Eliecer	1098769518	X		X		X		X								

5. CONDICIONES DE SALUD DE CADA TRABAJADOR (PARA EJECUTANTES TAREA)

Marque con una X en SI o NO para cada trabajador enumerado (según trabajadores firmaron permiso en la parte superior, según lo que cada trabajador manifieste de su estado de salud)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Está en condiciones de salud optimas?	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
2. Ha tenido alguna enfermedad que amerite atención médica en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
3. Sufrió trauma en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento o intenso aturdimiento en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
4. Ingirió medicamentos que producen sueño como antigripales u otros en las últimas 6 horas? Son medicados con fórmula?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
5. Sufre de epilepsia, mareo o vértigo?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
6. Miedo a las alturas? (Acrofobia)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
7. Esta bajo los efectos de Alcohol y/o alucinógenos?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

JEFE INMEDIATO , SUPERVISOR DE AREA Y/O MAESTRO ENCARGADO (Nombre y Apellidos). Jairo Almario Firma: [signature]

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

COORDINADOR TSA (Nombre y Apellidos). [illegible] Firma: [signature]

18. REEVALIDACIÓN

APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO			AYUDANTE DE SEGURIDAD	
Firma: [signature]	Firma:		Firma:	
Nombres y apellidos: [illegible]	Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:	
Empleador ò Coordinador de alturas	Empleador ò Coordinador de alturas		Empleador ò Coordinador de alturas	

CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Firma:

Nombres y apellidos:

Coordinador de alturas /RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO. Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y las demás necesarias para controlar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicado al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el responsable de área la aplicación del procedimiento seguro y las demás necesarias para controlar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROGRAMA DE PROTECCION PARA ACTIVIDADES DE TRABAJOS EN ALTURAS RES 4272 DEL 2021

CONSORCIO GESA

PERMISO TRABAJOS EN ALTURAS

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO			VALIDEZ FECHA Y HORA INICIO Y DE TERMINACION DE TAREA	
SI	X	NO	DESDE D/M/A	HASTA D/M/A
TRABAJO EN ALTURAS			12 DE 01 DE 21	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A EJECUTAR: Cerco instalacion Punto y mallas.

CARGO O NOMBRE: HERRAMIENTA

EDAD MAXIMA: 72 AÑS

DENTRO AREA O PROYECTO: Tatul.

Tipo de trabajo en Alturas (Marque con X el tipo de Trabajo de Alturas)

Trabajos en Techos o cubiertas		Trabajos en Plataformas Elevadoras o Trabajos con cuerdas de acceso o posicionamiento	X	Trabajos en Postes		Suspendido	X	Excavaciones		Cubeos	

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

1	Pico	4	Carretilla	7		10	
2	Pala	5		8		11	
3	Barra	6		9		12	

IDENTIFIQUE LOS PELIGROS

Líneas energizadas		Descargas atmosféricas		Proyección de partículas	X	Radiación no ionizante	X	Radiación ionizante		Vibraciones		Eléctrico		Andamios	
Electrocución		Caídas al mismo nivel	X	Incendios		Infecciones		Irritación		Quemaduras químicas o térmicas		Mecánico	X	Escaleras	
Superficies de terreno irregular	X	Choque	X	Caídas de objetos	X	Inundación		Cambios bruscos de temperatura	X	Polvos	X	Lesiones osteomusculares	X	Elevadores de personal	
Accidentes de tránsito		Caídas /alturas	X	Manipulación de objetos químicos		Ingestión de ríos		Precipitaciones	X	Movimientos repetitivos	X	Exposición a químicos		Grúas con canasta	
Riesgo Público	X	Derrumbes	X	Humos metálicos		Sismos	X	Ruido continuo	X	Levantamiento de cargas	X	Riesgos por caídas	X	Otros:	
Eléctricos		Derrames, fugas		Riesgos ambientales		Biomecánico	X	Incendio / explosión		Atmosferas peligrosas		Otros: Cuales?_____			
Terrenos con pendientes	X	Riesgo de trapesistas	X	Cortes	X	Riesgos por caídas	X	Mordeduras o picaduras causadas por animales	X	Plantas venenosas o urticantes (Alergias por plantas)					

MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN ALTURAS

EPPS Y ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS				MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS						SISTEMAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS		OTROS ELEMENTOS	
Casco con barbuquejo	X	Guantes de seguridad cortantes		Arnés	X	Mosquetones	X	Silla portátil trabajo en bolsillos		Mallas		Botiquín	X
Gafas de seguridad	X	Guantes de seguridad Vaqueta	X	Línea de vida	X	Conflos de seguridad		Cuerda de descenso		Cinta de de demarcación y señalización		Extintores	X
Protección facial (Careta)		Guantes de seguridad fabrila		Eslinga con absorbedor de energía		Descendedor		Plan de rescate	X	Polisombra		Radio transmisor/receptor	
Protección auditiva (Tapaoidos inserción)	X	Guantes de seguridad _____		Eslinga de posicionamiento	X	Ascendedor		Kit de rescate		Colombinas		Hidratación	X
Protección auditiva (Tapaoidos copa)		Ropa adecuada para el trabajo	X	Conectores		Arrestador	X	Red de seguridad		Malefines		Kit de derrames	X
Protección respiratoria (Tapabocas)		Protección corporal: _____		Punto de anclaje	X	Tie Off				Otros:		Bloqueo y señalización	

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADOS		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿El trabajador ha inspeccionado y revisado el estado de arneses de posicionamiento a utilizar?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha verificado el anclaje de la estructura antes de instalar el equipo de posicionamiento?	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo ha sido despejada, cubriendo el material que no pueda ser retirado?	X			X			X			X			X			X		
¿Se encuentran los equipos y herramientas revisadas y en buen estado?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador ha instalado el arnés de seguridad en alturas mayores a 1.8 metros y ha sido amarrado a una línea de vida fija a la estructura?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una cuerda de izamiento para cargar objetos y otros materiales de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una bolsa portaherramientas para cargar las herramientas de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Al personal se le ha realizado un reporte a los riesgos que pueden presentarse durante este trabajo?	X			X			X			X			X			X		
Se verifica que la formación en alturas del personal este acorde al trabajo a realizar.	X			X			X			X			X			X		
El equipo para ascender al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados.	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con los certificados de alturas vigente	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con la seguridad social al día	X			X			X			X			X			X		
Se cuenta con el equipo de primeros auxilios			X			X			X			X			X			X
¿El área de trabajo se ha delimitado y señalo correspondientemente?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador se ha colocado todos los elementos de protección personal?	X			X			X			X			X			X		
¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?			X			X			X			X			X			X
Se tienen en cuenta medidas de trabajo, para trabajos en cercanía a líneas energizadas			X			X			X			X			X			X
¿Luego de terminar el trabajo se ha revisado que tanto el equipo utilizado como el área de trabajo queden en buenas condiciones de orden y aseo?	X			X			X			X			X			X		

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

DILIGENCIAR PARA TODOS LOS PERMISOS	SI	NO	N.A	TRABAJOS EN ALTURAS	SI	NO	N.A
Se cuenta con los procedimientos seguros para la realización de las tareas de alto riesgo?	X			El personal se encuentra certificado para trabajar en altura?	X		
Las herramientas, máquinas y equipos que se usarán para realizar el trabajo han sido inspeccionados y se han verificado sus condiciones de seguridad ?	X			Los equipos de seguridad (arnés, eslingas, líneas de vida, escaleras, andamios) son certificados?	X		
Se tienen los elementos de protección personal acordes con los riesgos identificados y son los apropiados para realizar el trabajo y se encuentran en buenas condiciones ?	X			El área se encuentra delimitada y señalizada?			X
Se ha notificado a los responsables del área afectada por la ejecución del (los) trabajo (s) amparado (s) por esta autorización ?	X			Se verifican los puntos de anclaje?	X		
Se ha señalizado, demarcado y aislado completamente el área (s)de ejecución de los trabajos ?			X	Se realizó preuso de los equipos a utilizar (arnés, eslinga, líneas de vida, escaleras)?	X		

14. OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

PERMISO VALIDO PARA LOS DIAS:

	FIRMA TRABAJADOR	IDENTIFICACION	COMPETENCIA CERTIFICADA DE COMPETENCIA PARA TRABAJO EN ALTURAS		VERIFICACION EN SEGURIDAD SOCIAL (Vigente)		REQUISITOS DEL TRABAJADOR (Documentación de soporte)		VERIFICACION DE LOS PUESTOS DE ANCLAJE PARA LA TAREA		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	NOMBRES Y APELLIDOS	CC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
1	Rubinton Ramirez	13930703	X		X		X		X		Rubinton	Rubinton	Rubinton	Rubinton	Rubinton	Rubinton	
2	Gustavo perez	1374618	X		X		X		X		Gustavo	Gustavo	Gustavo	Gustavo	Gustavo	Gustavo	
3	Michael Ortega	1082582560	X		X		X		X								
4	Abelino calderon	13285211	X		X		X		X		Abelino	Abelino	Abelino	Abelino	Abelino	Abelino	
5	Miguel Rodriguez	1090982054	X		X		X		X		Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	
6	Jorge Lopez	1018761618	X		X		X		X								
7																	
8																	
9																	
10																	

5. CONDICIONES DE SALUD DE CADA TRABAJADOR (PARA EJECUTANTES TAREA)

Marque con una X en SI o NO para cada trabajador enumerado (según trabajadores firmaron permiso en la parte superior, según lo que cada trabajador manifieste de su estado de salud)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Está en condiciones de salud optimas?	X		X		X		X		X		X									
2. Ha tenido alguna enfermedad que amerite atención médica en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X								
3. Sufrió trauma en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento o intenso aturdimiento en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X								
4. Ingirió medicamentos que producen sueño como antigripales u otros en las últimas 6 horas? Son medicados con fórmula?		X		X		X		X		X		X								
5. Sufre de epilepsia, mareo o vértigo?		X		X		X		X		X		X								
6. Miedo a las alturas? (Acrofobia)		X		X		X		X		X		X								
7. Esta bajo los efectos de Alcohol y/o alucinógenos?		X		X		X		X		X		X								

RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

JEFE INMEDIATO , SUPERVISOR DE AREA Y/O MAESTRO ENCARGADO (Nombre y Apellidos). Yaimer Almari Firma:

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

COORDINADOR TSA (Nombre y Apellidos). Mauricio Andres Mora Firma:

18. REEVALIDACIÒN

APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO			AYUDANTE DE SEGURIDAD
Firma:	Firma:		Firma:
Nombres y apellidos: Mauricio Andres Mora	Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:
Empleador ò Coordinador de alturas	Empleador ò Coordinador de alturas		Empleador ò Coordinador de alturas

CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Firma:

Nombres y apellidos:

Coordinador de alturas /RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO Como responsable de área, he verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para mitigar los riesgos asociados a este trabajo y como Coordinador de Seguridad. He verificado en campo con el responsable de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para mitigar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROGRAMA DE PROTECCION PARA ACTIVIDADES DE TRABAJOS EN ALTURAS RES 4272 DEL 2021

PERMISO TRABAJOS EN ALTURAS

CONSORCIO GESA

TIPO DE TRABAJO:			
	RUTINARIO		
SI	X	NO	
TRABAJO EN ALTURAS			

VALIDEZ (FECHA Y HORA INICIO) Y DE TERMINACION DE TAREA	
DESDE D/M/A	HASTA D/M/A
20 may. 25 may 24	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A EJECUTAR: Tensionamiento de anclajes.

CIUDAD O MUNICIPIO	BUCARAMANGA

8. ALTURA MAXIMA	16mt.

SECTOR, AREA O PROYECTO: la obra.

Tipo de trabajo en Alturas (Marque con X el tipo de Trabajo de Alturas)

Trabajos en Escaleras		Trabajos en Plataformas Elevadoras		Trabajos con Andamios		Vehiculos		Trabajos de profundidad:		Pozos	
Trabajos en Techos o cubiertas		Trabajos con cuerdas de acceso o posicionamiento	X	Trabajos en Postes		Suspensión	X	Excavaciones		Caisson	

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

a		b		c		d		e		f	
g		h		i		j		k		l	

IDENTIFIQUE LOS PELIGROS

																				EQUIPOS, SOFTWARE DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS	
Lineas energizadas		Descargas atmosféricas		Proyección de particulas	X	Radiación no ionizante	X	Radiación ionizante		Vibraciones		Eléctrico		Andamios	
Electrocución		Caidas al mismo nivel	X	Incendios		Infecciones		Irritación		Quemaduras química o térmicas		Mecánico	X	Escaleras	
Superficies de terreno irregular	X	Lluvia	X	Caidas de objetos	X	Inundación		Cambios bruscos de temperatura	X	Polvos	X	Lesiones osteomusculares	X	Elevadores de personal	
Accidentes de tránsito		Caidas /alturas	X	Manipulación de objetos quimicos		Inmersión en rios		Precipitaciones	X	Movimientos repetitivos	X	Exposición a químicos		Grúas con canasta	
Riesgo Público	X	Derrumbes	X	Humos metálicos		Sismos	X	Ruido continuo	X	Levantamiento de cargas	X	Riesgos por caidas	X	Otros:	
Eléctrico		Derrames, fugas		Riesgos ambientales		Biomécanico	X	Incendio / explosión		Atmósferas peligrosas		Otros: Cuáles?_____			
Terreno con pendientes	X	Riesgo de trapezones	X	Cortes	X	Riesgos por caidas	X	Mordeduras o picaduras causadas por animales	X	Plantas venenosas o irritantes (Alergias por plantas)					

MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN ALTURAS

EPPS Y ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS				MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS						SISTEMAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS		OTROS ELEMENTOS	
Casco con barbuquejo	X	Guantes de seguridad cortaza		Arnés	X	Mosquetones	X	Silla portatil trabajo en fachadas		Mallas		Botiquin	X
Gafas de seguridad	X	Guantes de seguridad Vaqueta	X	Linea de vida	X	Ganchos de seguridad		Cuerda de descenso		Cinta de de demarcación y señalización		Extintores	X
Protección facial (Careta)		Guantes de seguridad Nitrilo		Eslinga con absorbedor de energia		Descendedor		Plan de rescate	X	Polisombra		Radio transmisor/receptor	
Protección auditiva (Tapaoidos insercion)	X	Guantes de seguridad _____		Eslinga de posicionamiento	X	Ascendedor		Kit de rescate		Colombinas		Hidratación	X
Protección auditiva (Tapaoidos copa)		Ropa adecuada para el trabajo	X	Conectores		Arrestador	X	Red de seguridad		Maletines		Kit de derrames	X
Protección respiratoria (Tapaboca)		Protección corporal: _____		Punto de anclaje	X	Tie Off				Otros:		Bloqueo y señalización	

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADOS		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿El trabajador ha inspeccionado y revisado el estado del sistema de posicionamiento a utilizar?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha revisado el estado de la estructura antes de instalar el equipo de posicionamiento?	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo ha sido despejada, cubriendo el material que no puede ser retirado?	X			X			X			X			X			X		
¿Se encuentran los equipos y/o herramientas revisados y en buen estado?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador ha instalado el arnés de seguridad en alturas mayores a 2.00 metros y ha sido conectado a una linea de vida fija o la estructura?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para carga objetos y otros materiales de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una bolsa portaherramientas para carga de herramientas de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante este trabajo?	X			X			X			X			X			X		
Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar.	X			X			X			X			X			X		
El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados.	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con los certificados de alturas vigente	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con su seguridad social al dia	X			X			X			X			X			X		
Se cuenta con el equipo de primeros auxilios	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo se ha delimitado y aislado convenientemente?			X			X			X			X			X			X
¿El trabajador se ha colocado todos los elementos de protección personal?	X			X			X			X			X			X		
¿Persisten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?	X			X			X			X			X			X		
Se toman en cuenta medidas de trabajo, para labores en cercania a lineas energizadas			X			X			X			X			X			X
¿Luego de terminar el trabajo, se ha revisado que tanto el equipo utilizado como el área de trabajo quedan en buenas condiciones de orden y aseo?	X			X			X			X			X			X		

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

DILIGENCIAR PARA TODOS LOS PERMISOS	SI	NO	N.A	TRABAJOS EN ALTURAS	SI	NO	N.A
Se cuenta con los procedimientos seguros para la realización de las tareas de alto riesgo?	X			El personal se encuentra certificado para trabajar en altura?	X		
Las herramientas, máquinas y equipos que se usarán para realizar el trabajo han sido inspeccionados y se han verificado sus condiciones de seguridad ?	X			Los equipos de seguridad (arnés, eslingas, lineas de vida, escaleras, andamios) son certificados?	X		
Se tienen los elementos de protección personal acordes con los riesgos identificados y son los apropiados para realizar el trabajo y se encuentran en buenas condiciones ?	X			El área se encuentra delimitada y señalizada?			X
Se ha notificado a los responsables del área afectada por la ejecución del [los] trabajo (s] amparado (s] por esta autorización ?	X			Se verifican los puntos de anclaje?	X		
Se ha señalizado, demarcado y aislado completamente el área (s)de ejecución de los trabajos ?			X	Se realizó preuso de los equipos a utilizar (arnés, eslinga, lineas de vida, escaleras)?	X		

14. OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

PERMISO VALIDO PARA LOS DIAS:

	FIRMA TRABAJADOR	IDENTIFICACION	CONSTANCIA CERTIFICADO DE COMPETENCIA PARA TRABAJO EN ALTURAS		VERIFICACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Vigente)		REQUISITOS DEL TRABAJADOR (Requerimientos de aptitud)		VERIFICACION DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	NOMBRES Y APELLIDOS	CC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
1.	William Fernando Ramirez	91542602	✓		✓		✓		✓		William FR	William FR	William FR	William FR	William FR	William FR	
2.	Giovanny Calvo Vargas	91160280	✓		✓		✓		✓		Giovanny	Giovanny	Giovanny	Giovanny	Giovanny	Giovanny	
3.	Aquileo Olivera	5796492	✓		✓		✓		✓		Aquileo	Aquileo	Aquileo	Aquileo	Aquileo	Aquileo	n
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	

5. CONDICIONES DE SALUD DE CADA TRABAJADOR (PARA EJECUTANTES TAREA)

Marque con una X en SI o NO para cada trabajador enumerado (segun trabajadores firmaron permiso en la parte superior, según lo que cada trabajador manifieste de su estado de salud)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Está en condiciones de salud optimas?	✓		✓		✓															
2. Ha tenido alguna enfermedad que amerite atención médica en las últimas 72 horas?		X		X		X														
3. Sufrió trauma en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento o intenso aturdimiento en las últimas 72 horas?		X		X		X														
4. Ingirió medicamentos que producen sueño como antigripales u otros en las últimas 6 horas? Son medicados con fórmula?		X		X		X														
5. Sufre de epilepsia, mareo o vértigo?		X		X		X														
6. Miedo a las alturas? (Acrofobia)		X		X		X														
7. Esta bajo los efectos de Alcohol y/o alucinógenos?		X		X		X														

RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

JEFE INMEDIATO , SUPERVISOR DE AREA Y/O MAESTRO ENCARGADO (Nombre y Apellidos). Maria Camila Ferreira. Firma: Maria Camila Ferreira.

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

COORDINADOR TSA (Nombre y Apellidos). Mera laera camilo. Firma: Meralaera Camilo.

18. REEVALIDACIÓN

APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO				AYUDANTE DE SEGURIDAD	
Firma:	Meralaera Camilo.	Firma:	Mera laera Camilo	Firma:	Zuly Toves
Nombres y apellidos:	Mera laera Camilo.	Nombres y apellidos:	Meralaera Camilo	Nombres y apellidos:	Zuly E. Toves.
Empleador ò Coordinador de alturas		Empleador ò Coordinador de alturas		Empleador ò Coordinador de alturas	

CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Firma:

Nombres y apellidos:

Coordinador de alturas /RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO: Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.
Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área 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.

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROGRAMA DE PROTECCION PARA ACTIVIDADES DE TRABAJOS EN ALTURAS RES 4272 DEL 2021

PERMISO TRABAJOS EN ALTURAS

CONSORCIO SESA

TIPO DE TRABAJO: ROTATIVO	SI	X	NO	
TRABAJO EN ALTURAS				

VALIDEZ (FECHA Y HORA INICIO) Y DE TERMINACION DE TAREA

DESDE D/M/A: 29-04-2024 05:05-24 HASTA D/M/A

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A EJECUTAR: Tensamiento anclajes.

TRABAJO O MANTENIMIENTO: MANTENIMIENTO

X ALTURA MAXIMA: 22mts

SECTOR, AREA O PROYECTO: talud.

Tipo de trabajo en Alturas (Marque con X el tipo de Trabajo de Alturas)

Trabajos en Escaleras		Trabajos en Plataformas Elevadoras		Trabajos con Andamios		Vehículos		Trabajos de profundidad		Pozos	
Trabajos en Techos o cubiertas		Trabajos con cuerdas de acceso o posicionamiento	X	Trabajos en Postes		Suspensión	X	Excavaciones		Caisson	

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

1		2		3		4		5		6	
7		8		9		10					

IDENTIFIQUE LOS PELIGROS

																EQUIPOS, SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS	
Líneas energizadas		Descargas atmosféricas		Proyección de partículas	X	Radiación no ionizante	X	Radiación ionizante		Vibraciones		Eléctrico		Andamios	
Electrocución		Caídas al mismo nivel	X	Incendios		Infecciones		Irritación		Quemaduras química o térmicas		Mecánico	X	Escaleras	
Superficies de terreno irregular	X	Lluvia	X	Caídas de objetos	X	Inundación		Cambios bruscos de temperatura	X	Polvos	X	Lesiones osteomusculares	X	Elevadores de personal	
Accidentes de tránsito		Caídas /alturas	X	Manipulación de objetos químicos		Inmersión en ríos		Precipitaciones	X	Movimientos repetitivos	X	Exposición a químicos		Grúas con canasta	
Riesgo Público	X	Derrumbes	X	Humos metálicos		Sismos	X	Ruido continuo	X	Levantamiento de cargas	X	Riesgos por caídas	X	Otros:	
Eléctricos		Derrames, fugas		Riesgos ambientales		Biomecánico	X	Incendio / explosión		Atmósferas peligrosas		Otros: Cuáles?_____			
Terreno con pendientes	X	Riesgo de tropezones	X	Cortes	X	Riesgos por caídas	X	Mordeduras o picaduras causadas por animales	X	Plantas venenosas o urticantes (Alergias por plantas)					

MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN ALTURAS

EPPS Y ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS				MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS						SISTEMAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS		OTROS ELEMENTOS	
Casco con barbuquejo	X	Guantes de seguridad cortantes		Arnés	X	Mosquetones	X	Silla portatil trabajo en fachadas		Mallas		Botiquín	X
Gafas de seguridad	X	Guantes de seguridad Vaqueta	X	Línea de vida	X	Ganchos de seguridad		Cuerda de descenso		Cinta de de demarcación y señalización		Extintores	X
Protección facial (Careta)		Guantes de seguridad nitrilo		Eslinga con absorbedor de energía		Descendedor		Plan de rescate	X	Paisombras		Radio transmisor/receptor	
Protección auditiva (Tapaoídos incorrido)	X	Guantes de seguridad_____		Eslinga de posicionamiento	X	Ascendedor		Kit de rescate		Colombinas		Hidratación	X
Protección auditiva (Tapaoídos copa)		Ropa adecuada para el trabajo	X	Conectores		Arrestador	X	Red de seguridad		Maletines		Kit de derrames	X
Protección respiratoria (Tapabocas)		Protección corporal:		Punto de anclaje	X	Tie Off				Otros:		Bloqueo y señalización	

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADOS		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿El trabajador ha inspeccionado y revisado el estado del sistema de ascensos/descenso a utilizar?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha revisado el estado de la estructura antes de instalar el equipo de ascenso/descenso?	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo ha sido despejada, evitando el material que no puede ser retirado?	X			X			X			X			X			X		
¿Se encuentran los equipos y/o herramientas completos y en buen estado?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador ha instalado el arnés de seguridad en alturas mayores a 2,00 metros y ha sido conectado a una línea de vida fija o la estructura?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una cuerda de auxilio para cargar objetos y otros materiales de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una bolsa portaherramientas para cargar de herramientas de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante este trabajo?	X			X			X			X			X			X		
Se verificó que la formación en alturas del personal está acorde al trabajo a realizar.	X			X			X			X			X			X		
El equipo para acceder al sitio y al de protección personal fueron inspeccionados.	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con los certificados de alturas vigente	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con su seguridad social al día	X			X			X			X			X			X		
Se cuenta con el equipo de primeros auxilios	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo se ha delimitado y aislado convenientemente?			X			X			X			X			X			X
¿El trabajador se ha colocado bajos los elementos de protección personal?	X			X			X			X			X			X		
¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?	X			X			X			X			X			X		
Se tiene en cuenta medidas de trabajo, para labores en cercanía a líneas energizadas			X			X			X			X			X			X
¿Luego de terminar el trabajo, se ha revisado que tanto el equipo utilizado como el área de trabajo quedan en buenas condiciones de orden y aseo?	X			X			X			X			X			X		

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

DILIGENCIAR PARA TODOS LOS PERMISOS	SI	NO	N.A	TRABAJOS EN ALTURAS	SI	NO	N.A
Se cuenta con los procedimientos seguros para la realización de las tareas de alto riesgo?	X			El personal se encuentra certificado para trabajar en altura?	X		
Las herramientas, máquinas y equipos que se usarán para realizar el trabajo han sido inspeccionados y se han verificado sus condiciones de seguridad ?	X			Los equipos de seguridad (arnés, eslingas, líneas de vida, escaleras, andamios) son certificados?	X		
Se tienen los elementos de protección personal acordes con los riesgos identificados y son los apropiados para realizar el trabajo y se encuentran en buenas condiciones ?	X			El área se encuentra delimitada y señalizada?			X
Se ha notificado a los responsables del área afectada por la ejecución del (los) trabajo (s) amparado (s) por esta autorización ?	X			Se verifican los puntos de anclaje?	X		
Se ha señalizado, demarcado y aislado completamente el área (s)de ejecución de los trabajos ?			X	Se realizó prueba de los equipos a utilizar (arnés, eslinga, líneas de vida, escaleras)?	X		

14. OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

PERMISO VALIDO PARA LOS DIAS:

	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA DE CIUDADANIA No.	¿Usted ha consumido bebidas alcohólicas en las últimas 8 horas?		¿Usted fue capacitado en el uso de los equipos de trabajo en alturas?		¿Usted se encuentra en buen estado de salud?		¿Usted ha sido capacitado en primeros auxilios?		DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
1.	Giovanny Lopez	91162280	X		X		X		X		Giovanny	Giovanny	Giovanny	Giovanny		Giovanny	Giovanny
2.	[illegible]	[illegible]	X		X		X		X		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]
3.	William Fernando [illegible]	[illegible]	X		X		X		X		William Fernando	William	William			[illegible]	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	

9. CONDICIONES DE SALUD DE CADA TRABAJADOR (PARA EJECUTANTES TAREA)

Marque con una X en SI o NO para cada trabajador enumerado (según trabajadores firmaron permiso en la parte superior, según lo que cada trabajador manifieste de su estado de salud)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Esta en condiciones de salud optimas?	X		X		X															
2. Ha tenido algun evento medical que amerite atención médica en las ultimas 72 horas?		X		X		X														
3. Sufrió trauma en cabeza y/o caída con pérdida de conocimiento o lesión significativa en las ultimas 72 horas?		X		X		X														
4. Ingirió medicamentos que producen sueño como antigripales u otros en las últimas 6 horas? Son medicados (de formula)?		X		X		X														
5. Sufre de epilepsia, mareo o vértigo?		X		X		X														
6. Miedo a las alturas? (Acrofobia)		X		X		X														
7. Esta bajo los efectos de Alcohol y/o alucinógenos?		X		X		X														

RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

JEFE INMEDIATO , SUPERVISOR DE AREA Y/O MAESTRO ENCARGADO (Nombre y Apellidos). Diego Alfonso Firma:

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

COORDINADOR TSA (Nombre y Apellidos). Nicolas Mauricio Moreno Firma:

10. REEVALIDACIÓN

APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO			AYUDANTE DE SEGURIDAD
Firma:	Firma:		Firma:
Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:
Empleador ó Coordinador de alturas	Empleador ó Coordinador de alturas		Empleador ó Coordinador de alturas

CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Firma:

Nombres y apellidos:

Coordinador de alturas /RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROGRAMA DE PROTECCION PARA ACTIVIDADES DE TRABAJOS EN ALTURAS RES 4272 DEL 2021

PERMISO TRABAJOS EN ALTURAS

CONSORCIO CESA

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIOS		NO RUTINARIOS	
SI	X	NO	
TRABAJO EN ALTURAS			

VIGENCIA (FECHA Y HORA INICIO Y DE TERMINACION DE TAREA)	
DESDE D/M/A	HASTA D/M/A
05-11-05-21	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A EJECUTAR: tensionamiento cables.

		NOMBRE AREA O PROYECTO	Salud.

Tipo de trabajo en Alturas (Marque con X el tipo de Trabajo de Alturas)

Trabajos en Escaleras		Trabajos en Plataformas Elevadoras		Trabajos con Andamios		Volcadas		Trabajos de profundidad:		Postes	
Trabajos en Techos o cubiertas		Trabajos con cuerdas de acceso o posicionamiento	X	Trabajos en Postes		Suspendida	X	Excavaciones		Colinas	

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

a		b		c		d		e		f	
g		h		i		j		k		l	

IDENTIFIQUE LOS PELIGROS

Líneas energizadas		Descargas atmosféricas		Proyección de partículas	X	Radiación no ionizante	X	Radiación ionizante		Vibraciones		Eléctrico		Andamios	
Deslizamiento		Caídas al mismo nivel	X	Incendios		Inducciones		Inmersión		Químicos o gases o térmicos		Mecánico	X	Escaleras	
Superficies de terreno irregular	X	Caída	X	Caídas de objetos	X	Inundación		Cambios bruscos de temperatura	X	Polvos	X	Lesiones osteomusculares	X	Elevadores de personal	
Accidentes de tránsito		Caídas /alturas	X	Manipulación de objetos cortantes		Inmersión en ríos		Precipitaciones	X	Movimientos repetitivos	X	Exposición a químicos		Grúas con canasta	
Riesgo Público	X	Derrumbes	X	Heridas cortantes		Sismos	X	Ruido continuo	X	Levantamiento de cargas	X	Riesgos por caídas	X	Otros:	
Eléctrico		Derrumbes, fugas		Riesgos ambientales		Ahogamiento	X	Incendio / explosión		Atmósferas peligrosas		Otros: Cuáles?_____			
Terreno con pendientes	X	Riesgo de trabajo en	X	Caídas	X	Riesgos por caídas	X	Mordeduras o picaduras animales por animales	X	Plantas venenosas o urticantes (alergias por plantas)					

MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN ALTURAS

EPPS Y ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS				MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS						SISTEMAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS		OTROS ELEMENTOS	
Casco con barbuquejo	X	Cuerdas de seguridad semiestatica		Arnés	X	Mosquetones	X	Sitio portátil trabajo en alturas		Mallas		Botiquín	X
Botas de seguridad	X	Cuerdas de seguridad Dinamica	X	Eslingas de vida	X	Conectores de seguridad		Cuerda de Entrenamiento		Cinta de de demarcación y señalización		Extintores	X
Protección facial (Careta)		Cuerdas de seguridad Estática		Eslinga con absorbedor de energía		Descensadores		Plan de rescate	X	Poliductos		Radio transmisor/Receptor	
Protección auditiva (Tapabocas inmersión)	X	Cuerdas de seguridad_____		Eslinga de posicionamiento	X	Ascensadores		KIT de rescate		Colombinas		Vías de acceso	X
Protección auditiva (Orejeras con casco)		Ropa adecuada para el trabajo	X	Conectores		Arrestadores	X	Red de seguridad		Malacates		KIT de Derrames	X
Protección respiratoria (Mascarilla)		Protección corporal		Puntos de anclaje	X	Tie Off				Otros		Señales y señalización	

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADOS		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿El trabajador ha inspeccionado y revisado el estado del sistema de aseguramiento/anclaje a utilizar?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha revisado el estado de la estructura antes de instalar el equipo de aseguramiento?	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo ha sido señalada, aislando el material que no pueda ser retirado?	X			X			X			X			X			X		
¿Se encuentran los equipos y herramientas asegurados y en buen estado?	X			X			X			X			X			X		
¿El trabajador ha instalado el arnés de seguridad en alturas mayores a 2,50 metros y ha sido conectado a una línea de vida tipo o estructural?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para cargar objetos y otros materiales de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿Se ha dispuesto de una bolsa portaherramientas para cargar las herramientas de trabajo?	X			X			X			X			X			X		
¿El personal se ha capacitado en relación a los riesgos que pueden presentarse durante este trabajo?	X			X			X			X			X			X		
Se verifica que la formación en alturas del personal está acorde al trabajo a realizar	X			X			X			X			X			X		
El equipo para arnesar el arnés y el de protección personal fueron inspeccionados.	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con los certificados de alturas vigente	X			X			X			X			X			X		
El personal cuenta con el seguridad social al día	X			X			X			X			X			X		
Se cuenta con el equipo de primeros auxilios	X			X			X			X			X			X		
¿El área de trabajo se ha señalado y aislado correctamente?			X			X			X			X			X			X
¿El trabajador se ha colocado todos los elementos de protección personal?	X			X			X			X			X			X		
¿Permiten factores externos fundamentales atmosféricos que el trabajo se haga con seguridad?	X			X			X			X			X			X		
Se tienen en cuenta medidas de trabajo para labores en cercanía a líneas energizadas			X			X			X			X			X			X
¿Luego de terminar el trabajo, se ha verificado que todos el equipo utilizado dentro del área de trabajo quedan en buenas condiciones de orden y aseo?	X			X			X			X			X			X		

LISTA DE VERIFICACIÓN O CHEQUEO

DILIGENCIAR PARA TODOS LOS PERMISOS	SI	NO	N.A	TRABAJOS EN ALTURAS	SI	NO	N.A
Se cuenta con los procedimientos seguros para la realización de las tareas de alto riesgo?	X			El personal se encuentra certificado para trabajar en altura?	X		
Las herramientas, máquinas y equipos que se usarán para realizar el trabajo han sido inspeccionados y se han verificado sus condiciones de seguridad ?	X			Los equipos de seguridad (arnés, eslingas, líneas de vida, escaleras, andamios) son certificados?	X		
Se tienen los elementos de protección personal acordes con los riesgos identificados y son los apropiados para realizar el trabajo y se encuentran en buenas condiciones ?	X			El área se encuentra delimitada y señalizada?			X
Se ha notificado a los responsables del área afectada por la ejecución del (los) trabajo (s) amparados (s) por esta autorización ?	X			Se verifican los puntos de anclaje?	X		
Se ha señalizado, demarcado y aislado completamente el área (s)de ejecución de los trabajos ?			X	Se realiza prueba de los equipos a utilizar (arnés, eslinga, líneas de vida, escaleras)?	X		

14. OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

PERMISO VALIDO PARA LOS DIAS:

	CC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO							
1		4		4		4		4								
2		4		4		4		4								
3		4		4		4		4								
4		+		+		+		+								
5		x		x		x		x								
6																
7																
8																
9																
10																

5. CONDICIONES DE SALUD DE CADA TRABAJADOR (PARA EJECUTANTES TAREA)

Marque con una X en SI o NO para cada trabajador enumerado (según trabajadores firmaron permiso en la parte superior, según lo que cada trabajador manifieste de su estado de salud)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Está en condiciones de salud optimas?	4		4		4															
2. Ha tenido alguna enfermedad que amerite atención médica en las últimas 72 horas?		4		4		4														
3. Sufrió trauma en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento o intenso aturdimiento en las últimas 72 horas?		4		4		4														
4. Ingirió medicamentos que produzcan sueño como antigripales o otros en las últimas 6 horas? Son medicados con fórmula?		4		4		4														
5. Sufre de epilepsia, mareos o vértigo?		4		4		4														
6. Miedo a las alturas? (Acrofobia)		4		4		4														
7. Esta bajo los efectos de Alcohol y/o alucinógenos?		4		4		4														

RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

JEFE INMEDIATO. SUPERVISOR DE AREA Y/O MAESTRO ENCARGADO (Nombre y Apellidos). Yover Almonte. Firma:

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

COORDINADOR TSA (Nombre y Apellidos). Nathaime Tomas Morad Firma:

18. REEVALIDACIÓN

APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO				AYUDANTE DE SEGURIDAD	
Firma:		Firma:		Firma:	
Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:	
Empleador ó Coordinador de alturas		Empleador ó Coordinador de alturas		Empleador ó Coordinador de alturas	

CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Firma:	
Nombres y apellidos:	
Coordinador de alturas /RESPONSABLE -PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO	

Powered by CamScanner