LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 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:	Cali Junio 24 / 29 / 2024.	PROYECTO:	alojamiento de cadetes	SITIO DE TRABAJO:	Base aerea alojamiento de

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 T.	**Cargo:**	Profesional SISOMA.
Descripción del trabajo a realizar:	Trabajo en alturas	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	2.60 mts
Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	Equipo de alturas - EPP.		
Lugar especifico 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 INSPECCION 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 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 línea vit)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o arrestador de caída (para línea vertical)	Descendedor	Mosquetones	Línea o bloqueo autorretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas	
David de los Rios	72283926	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Jhon Edgar Reyes	94503189	Si	Si	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Ermy Ortiz.	1.193.201.184	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Sergio Altamirand	72055786	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Gabriel Andres.	1007463606	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Yonatan Mosquera	1.151.147.141	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Nelson Hurtado.	16945139	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Oscar Siniesterra	16448518	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Jaminton Angulo.	1947511	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Luis alberto Urbano	12915.795	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Eulices Junior	1.192.918.919	Si	/	Si	/	/	Si	Si	Si	Si	Si	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	

INGENIERO INDUSTRIAL ESPECIALISTA SST Resolución 05203-06-2017

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST 080 Versión 01 02 02 2024

Observaciones, inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

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 mín. (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?		✓	

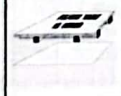
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:

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)
							
NO	Si	Si	No.	NU	Nu.	Nu	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	
C: Adsorvedor de choque	
E: Factor de seguridad	
D: Distancia de caída	
F=Distancia de Caída libre	

Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

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		✓







Powered by CamScanner

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

Otras medidas de prevención colectiva:

Equipo de emergencias y rescate: Camilla Rigida 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 lineas 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: Se Fijaron en las Colomnas.

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 24 6 24		700 am	600 pm	Jhon Edgar Reyes T		Jhon Edgar Reyes Talero	
Hasta 29 6 24.		X	X	C.C.: 94 503 184		C.C.: 94 503 184 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.O.	Suspensión del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA:	Jhon Edgar Reyes Talero C.C.: 94 503 184. Cali			NOMBRE Y FIRMA :	Jhon Edgar Reyes Talero C.C.: 94 503 184 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 dia o turno, aunque será máximo por 7 dias 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	
										N.A.

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST (99) 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:	Cali 17 Junio al 22 Junio/24	PROYECTO:	Alojamiento de Cadetes	SITIO DE TRABAJO:	Base aerea, Alojamiento de C.

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 T.	Cargo:	Profesional sisoma
Descripción del trabajo a realizar:	Trabajo en alturas	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	2.70 mts
Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	Equipo de alturas. – EPP.		
Lugar especifico de la ejecución:	Sobre Formaleta	**Actividad Rutinaria:** SI:	NO: X
Tiempo estimado de duración:	8 horas.	**Condiciones atmosféricas generales:**	Estables. Soleados.

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 tie 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		
David de los Rios	72283976	SI		SI			SI	SI	SI	SI						NO	NO	NO			NO		
Jhon Edgar Reyes	94503184	SI	SI	SI			SI	SI	SI	SI						NO	NO	NO			NO		
Erny ortiz	1193201081	SI		SI			SI	SI	SI	SI						NO	NO	NO			NO		
Sergio Manuel A	72055786	SI		SI			SI	SI	SI	SI						NO	NO	NO			NO		
Gabriel Andres R	1007463(0	SI		SI			SI	SI	SI	SI						NO	NO	NO			NO		
Tamilton Angelo	14.471911	SI		SI			SI	SI	SI	SI						NO	NO	NO			NO		

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios: Personal adicional: Oscar Sinisterra, Junior Valencia, Cesar Rosales, 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 o 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 (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 encuentra libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	✓			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	✓			Existe interferencia con otro tipo de trabajo?		✓	

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

Cuando no cumple algún ítem individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición: —

JHON EDGAR REYES TORRES
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
No. 2020-08-2017

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES

PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS
RESOLUCIÓN 4272/2021

SST-080
Versión 01
02-02 2024

Tipo de trabajo: Sobre Piso.

Escriba SI ó NO:	Existe ingreso a zona peligro de caida de objetos? NO.	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? NO	Se identificaron peligros inminentes? Na. Fueron controlados? ____ Enúncielos:

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

Señalización: caida personas/objetos	Delimitación/ Linea 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	Vigia (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	
C: Adsorvedor de choque	
E: Factor de seguridad	
D: Distancia de caida	
F=Distancia de Caida libre	

Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

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 linea de vida vertical portatil** (linea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		✓
***Kit linea de vida horizontal** (linea 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 Rigida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquin 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 instalo lineas 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 item:

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 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	17	6	24	7:00 am	6:00 pm	Jhon Edgar Reyes T.		Jhon Edgar Reyes Talero	
Hasta	22	6	24			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, 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							

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

N.A.

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 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 enmedaduras.

CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CALI VALLE DEL CAUCA, 10 JUNIO AL 15 DE JUNIO	PROYECTO:	ALOJAMIENTO DE CADETES	SITIO DE TRABAJO:	BASE AEREA MARCO FIDEL SUAREZ

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:	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 especifico de la ejecución:	SOBRE FORMALETA	Actividad Rutinaria:	SI		NO	

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 barboquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (Eslo le ell)	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		
JAIRO VILLAMIZAR	84034926	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JHON EDGAR REYES TALERO	94503184	SI	SI	SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
CESAR ALEJANDRO RUALES	1082657794	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Cesar A.
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1087422363	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Luis Aguirre
MIGUEL FELIPE RIOS	1111793175	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS ALBERTO ARBOLEDA	12915795	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72058796	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DAVID DE LOS RIOS	72283928	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ERMY ORTIZ	1193291081	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS ANDRES HERNANDEZ CARRILLO	1070952806	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAMINTON ANGULO	14471511	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
OSCAR SINISTERRA	16486518	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YINNER JAVIER CASTILLO	1111770389	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
GABRIEL ANDRES DE LOS RIOS	1007463806	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1192918979	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIRO ANDRES MARTINEZ OROZCO	91358161	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
17 Nelson Hurtado G	16945139	SI		SI			SI	SI	SI	SI						NA	NA	NA			NA	NA	NA	Nelson
18 Nombon Mosquera	1151197141	SI		SI			SI	SI	SI	SI						NA	NA	NA			NA	NA	NA	Jhonathan

Powered by CamScanner

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

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

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 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 (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?			/

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 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? ____	Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? ____	Se identificaron peligros inminentes? ____ Fueron controlados? ____ 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)
							
Si	Si	Si	X	X	X		Si

Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ____ NO___ (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 ✓ Extintor ✓ Inmovilizadores ✓ Botiquín ____ Kit de rescate ____ otro ____

¿cual?_____

Sistemas de acceso certificados: Plataformas / Andamios : ✓ Escaleras de extención _____ Escaleras tipo galo(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).	NA	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:

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	**PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS** **RESOLUCIÓN 4272/2021**	SST-080 Versión 01 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	DD	MM	AAAA	700	600				
Hasta	DD	MM	AAAA	+	+	C.C.:		C.C.:	

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				El área queda limpia y sin residuos?			
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras				Se han presentado accidentes y/o incidentes?			
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales				Se termina la actividad programada?			
Otros				Suspensión del permiso de trabajo?			
NOMBRE Y FIRMA:	C.C.:			**NOMBRE Y FIRMA :**	C.C.:		

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 dia o turno, aunque será máximo por 7 dias 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							

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 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:	**CALI VALLE DEL CAUCA, 4 JUNIO AL 9 DE JUNIO**	**PROYECTO:**	**ALOJAMIENTO DE CADETES**	**SITIO DE TRABAJO:**	**BASE AEREA MARCO FIDEL SUAREZ**

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:	**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** ☐
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 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 le off)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o arrestador de caída (para línea vertical)	Descendedor	Mosquetones	Líneas o bloqueo autoretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
DAVID DE LOS RIOS	72253826	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JHON EDGAR REYES TALERO	94503184	SI	SI	SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ERMY ORTIZ	1193201081	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72055786	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
GABRIEL ANDRES DE LOS RIOS	1007463606	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

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 (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?		✓	

Powered by CamScanner

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

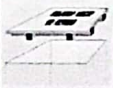
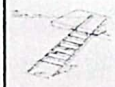
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:

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? NO Fueron controlados? ____ 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)
							
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

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

(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 ____, Extintor ✓, Inmovilizadores ✓, Botiquín ✓, Kit de rescate ____, otro ____

¿cual?_____

Sistemas de acceso certificados: Plataformas / Andamios : ✓, 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).		Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa?		Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje?	

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

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 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	4	6	2024	7:00	6:00	Jhon Edgar Reyes T			Jhon Edgar Reyes T		
Hasta	9	6	2024	am	pm	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				Suspensión del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA: Jhon Edgar Reyes T C.C.: 94503184				NOMBRE Y FIRMA : Jhon Edgar Reyes T 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 dia o turno, aunque será máximo por 7 dias 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							

JHON EDGAR REYES T. SUPERVISOR INDUSTRIAL ESPECIALISTA SST Resolución 05239-05-2017

N.A.

Powered by CamScanner