5-1

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, 2 JULIO AL 7 DE JULIO	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 X 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 bolt)	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	Otro	
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	
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1087422363	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
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	72055786	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DAVID DE LOS RIOS	72283926	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	
JAMINTON ANGULO	14471611	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
OSCAR SINISTERRA	16488618	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YINNER JAVIER CASTILLO	1111778388	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
GABRIEL ANDRES DE LOS RIOS	1087463808	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1192918078	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIRO ANDRES MARINTEZ OROZCO	91355161	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON HURATDO	16848139	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YONATAN MOSQUERA	1151197141	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:

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

5-1

Powered by CamScanner

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

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, eslinga, 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 el 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?		✓	

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

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

Tipo de trabajo:

Escriba SI ó NO:	Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? SI	Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? SI	Se identificaron peligros inminentes? ___ Fueron controlados? SI Enúncielos: SI	Caida a diferente nivel

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)
							
SN°	SI°	SI	NO	NO	NO	NO	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 líneas 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		✓







Juan Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA EN SST
Resolución 00239 de 2017

Otras medidas de prevención colectiva:

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

¿cual? ___

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

Powered by CamScanner

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

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:**

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	2	7	2024	700	600	Jhon Edyar Reyes T			Jhon Edyar Reyes T	
Hasta	6	7	2024	x	x	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	✓			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:	Jhon Edyar Reyes T. C.C.: 94503184			**NOMBRE Y FIRMA :**	Jhon Edyar Reyes Tolon C.C.: 94503184		

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

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

Powered by CamScanner

52

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.

IUDAD/DEPARTAMENTO:	CALI VALLE DEL CAUCA, 8 JULIO AL 13 DE JULIO	PROYECTO:	ALOJAMIENTO DE CADETES	SITIO DE TRABAJO:	BASE AEREA MARCO FIDEL SUAREZ

. 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 ajo 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 rificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS**.

ombre del solicitante del permiso (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor)	JHON EDGAR REYES TALERO	**Cargo:**	PROFESIONAL SISOMA

escripción del trabajo a realizar:	TRABAJO EN ALTURAS	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	
erramientas o equipos a utilizar y en buenas ndiciones:	EQUIPO DE ALTURAS - EPP		
gar especifico de la ejecución:	SOBRE FORMALETA	**Actividad Rutinaria:**	**SI** / **NO**
empo 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 pro dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo línea de vida)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o amortiguador de caída (para línea vertical)	Descendedor	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
JAIRO VILLAMIZAR	84034826	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JHON EDGAR REYES TALERO	94803184	SI	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
CESAR ALEJANDRO RUALES	1062657794	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1067422363	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
MIGUEL FELIPE RIOS	1111789175	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	72056786	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DAVID DE LOS RIOS	72283826	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	
JAMINTON ANGULO	14471511	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
OSCAR SINISTERRA	16498518	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YINNER JAVIER CASTILLO	1111779368	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	
ULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1192918079	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON MURATDO	16846139	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YONATAN MOSQUERA	1191197141	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
URO ANDRES MARINTEZ OROZCO	91358161	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
GIOVANY ACHICANOY ACHICANOY	12750459	SI			SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	

ervaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

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

5-2

Powered by CamScanner

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

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?		✓	

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: No hay. obras Cercanas.

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? X	Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? X	Se identificaron peligros inminentes? + Fueron controlados? + Enúncielos: SI Caida a diferente nivel

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

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

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

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

(De acuerdo a las alturas y equipos)

Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

Describa, ilustre el RC en sus componentes:

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

ELEMENTOS	SI	NO
*Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11)	✓	
Eslinga con absorbedor de impacto		✓
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica		✓
Eslinga de Posicionamiento	✓	
Talón Retractil		✓
*kit linea de vida vertical portátil (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 ___ Extintor ✓ Inmovilizadores ✓ Botiquín ✓ 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: ___

JHON EDGAR ROJAS T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 00239-08-2017

Powered by CamScanner

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

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:

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	8	7	2024	Desde	Hasta	NOMBRE	FIRMA		NOMBRE		FIRMA
				7:00	6:00	Jhon Edgar Reyes T.			Jhon Edgar Reyes Talero.		
Hasta	13	7	2024.	X	X	C.C.: 94503184 Cali			C.C.: 94503184 Cali		

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área)				Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo)			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado				El área queda limpia y sin residuos?			
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			Se han presentado accidentes y/o incidentes?			
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales				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 día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

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

N.A

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

Powered by CamScanner

5-3

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, 15 JULIO AL 20 DE JULIO	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 línea vital)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o amortiguador de caída (para líneas verticales)	Descendedor	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
JAIRO VILLAMIZAR	84034825	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	
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1087422363	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
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	72855796	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DAVID DE LOS RIOS	72283826	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ERMY ORTIZ	1193201681	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAMINTON ANGULO	14471611	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
OSCAR SINISTERRA	16498518	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YINNER JAVIER CASTILLO	1111770369	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	
EULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1152918079	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON MURATDO	16846139	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YONATAN MOSQUERA	1151197141	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIRO ANDRES MARINTEZ OROZCO	91356161	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDUIN GIOVANY ACHICANOY ACHICANOY	12750489	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
VICTOR.	1.003142842	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:

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	**PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS** **RESOLUCIÓN 4272/2021**	SST-060 Versión 01 02-02 2024

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	X			Se cuenta con controles para caída de objetos en el área?	X			Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
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)	X			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo?	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	X		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo	X			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	X			Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica etc.) segura?	X		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ?	X			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	X			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	X		
Los puntos ò sistemas de anclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias min. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc.	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)?	X			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).	X		
				El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes.	X		
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?	X			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor,	X			La iluminación es adecuada para la actividad?	X		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ?	X			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (líneas eléctricas, tormentas, otros?	X			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	X		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	X			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	X			Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		X	

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

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 caida de objetos? SI	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? SI	Se identificaron peligros inminentes? ___ Fueron controlados? SI Enúncielos: Caida a diferente nivel

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 (Taper cajas, otros)	Manejo de desniveles (superficie irregular)	Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas,	Portaherramienta s y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

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	
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)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retráctil		X
*kit línea de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
*Kit línea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje)	X	
*Andamios (colgantes, tubular)	X	
Casco tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico u otros)	X	
Protección auditiva	X	
Protección visual	X	
Protección respiratoria		X
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X







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 : X Escaleras de extención _____Escaleras tipo gato(torre grua)_____Equipos de elevación_____Acceso por cuerdas _____, Otro tipo de acceso.____

Powered by CamScanner

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

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:

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 nesgos 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	15	7	2024	700	600	Jhon Edyar Reyes T			Jhon Edyar Reyes T	
Hasta	20	7	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 Edyar Reyes T C.C.: 94503184			NOMBRE Y FIRMA :	Jhon Edyar 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 día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

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

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, 15 JULIO AL 20 DE JULIO	**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 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 tie off)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o amortiguador de caída (para línea vertical)	Descendedor	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretractil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
JAIRO VILLAMIZAR	84034826	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	
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1087422363	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
MIGUEL FELIPE RIOS	1111783175	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	72056786	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DAVID DE LOS RIOS	72283826	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	
JAMINTON ANGULO	14471511	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
OSCAR SINISTERRA	16488518	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YINNER JAVIER CASTILLO	1111779389	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
GABRIEL ANDRES DE LOS RIOS	1087463606	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1192918078	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON MURATDO	16848139	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YONATAN MOSQUERA	1151187141	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIRO ANDRES MARINTEZ OROZCO	91356161	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDUIN GIOVANY ACHICANOY ACHICANOY	12750458	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Victor ACOSTA	1.003142547	SI		SI			SI	SI	SI	SI						NO	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Xavier. V.	1010464498	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:

Diego Bedoya 1.058324787. *.

JHON EDGAR REYES TALERO
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 0630-05-2019

Powered by CamScanner

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

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	X			Se cuenta con controles para caída de objetos en el área?	X			Plataformas de trabajo están limpias libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
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)	X			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo?	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	X		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo	X			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	X			Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica etc.) segura?	X		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ?	X			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	X			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	X		
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.	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslinga, otros)?	X			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).	X		
				El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes.	X		
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?	X			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor.	X			La iluminación es adecuada para la actividad?	X		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Criticas simultáneas y riesgos asociados ?	X			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (lineas eléctricas, tormentas, otros?	X			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	X		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	X			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	X			Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		X	

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

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? ____ 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	N.A	N.A	N.A	SI	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)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retractil		X
*kit linea de vida vertical portátil (linea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descandedor,		X
*Kit linea de vida horizontal (linea de vida y 2 bandas de anclaje)	X	
*Andamios (colgantes, tubular)	X	
Casco tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico u otros)	X	
Protección auditiva	X	
Protección visual	X	
Protección respiratoria		X
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X







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 : ____Escaleras de extención _____Escaleras tipo gato(torre grua)____Equipos de elevación_____Acceso por cuerdas ____, Otro tipo de acceso:___

Powered by CamScanner

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

Los enclajes 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:

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	22 / 7 / 24.		7:00	6:00	Jhon Edgar Reyes T		Jhon Edgar Reyes Talero	
Hasta	27 / 7 / 24.		am.	pm.	C.C.: 94503184. Cali		C.C.: 94503184 Cali	

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área)				Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo)			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	✓			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			N.A	Suspensión del permiso de trabajo?			N.A
NOMBRE Y FIRMA:	Jhon Edgar Reyes Talero C.C.: 94503184 Cali			NOMBRE Y FIRMA :	Jhon Edgar Reyes Talero C.C.: 94503184 Cali		

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

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

JHON EDGAR REYES T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 05239-09-2017

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, 29 JULIO AL 3 DE AGOSTO	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)**	6-30m

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 INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO)															FIRMA
		SI / NO / NA	Coordinador de Alturas (operativo/campo)	Ayudante de Seguridad Alturas	Brigadista para rescate en alturas		Casco dieléctico, con barbiquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo tie off)	KIT Líneas de vida vertical	Frenos o amortiguador de caída (para línea vertical)	Descensador	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
JAIRO VILLAMIZAR	84034925	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JHON EDGAR REYES TALERO	94503164	SI	SI	SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
CESAR ALEJANDRO RUALES	1062657794	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1087422363	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
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	72055786	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DAVID DE LOS RIOS	72283825	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	
JAMINTON ANGULO	14471811	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	1111770369	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	
EULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1192918679	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON MURATDO	16846139	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YONATAN MOSQUERA	1151197141	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIRO ANDRES MARINTEZ OROZCO	91358161	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDUIN GIOVANY ACHICANOY ACHICANOY	12750458	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Victor	1003192542	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Diego.	1057324784	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Xavier.	1010164490	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Jhon Edilson	1057824010	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Rodolfo		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: • Huber Dompier. • Juan Fernandez • BRYAN figueroa

• Cardoba • Juan Fdz • Jose

Powered by CamScanner

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

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	X			Se cuenta con controles para caída de objetos en el área?	X			Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
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)	X			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo?	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	X		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo	X			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	X			Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica, etc.) segura?	X		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ?	X			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	X			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	X		
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.	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)?	X			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).	X		
				El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes.	X		
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?	X			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor.	X			La iluminación es adecuada para la actividad?	X		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ?	X			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (líneas eléctricas, tormentas, otros?	X			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	X		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	X			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	X			Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		X	

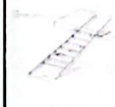
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

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? SI	Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? SI	Se identificaron peligros inminentes? ___ Fueron controlados? ___ Enúncielos: Caida a desnivel nivel
			SI SI SI

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	SI	NA		SI	SI

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

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	
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).	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retráctil		X
*kit línea de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
*Kit línea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje)	X	
*Andamios (colgantes, tubular)	X	
Casco tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico u otros)	X	
Protección auditiva	X	
Protección visual	X	
Protección respiratoria		X
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X







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: ___

Powered by CamScanner

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

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:

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	29 7 24		7:00	6:00	Jhon Edyar Reyes T			Jhon Edyar Reyes T	
Hasta	2 8 24		X	X	C.C: 94503184			C.C: 94503184 Cali	

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

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

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

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

Powered by CamScanner