SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO PARA TRABAJO EN CALIENTE	Código: SST-GH-1
		Fecha: 09-05-2024
	LAM CONSTRUCCIONES S.A.S. — NIT. 900356860-0	Versión: 1
		Página: 1 de 2

1. Si la respuesta a todos los puntos que aplican este permiso de trabajo no es afirmativa no se podrá iniciar el trabajo.
2. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.

FECHA DE EXPEDICIÓN: DIA 19 / MES AGOSTO / AÑO 2024 — HORA INICIO: 7:00 a. m. — HORA FINALIZACIÓN: 6:00 p. m.

SITIO O LUGAR: OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES — INSTALACION INTERVENIDA: — CORTE: ✓

DESCRIPCIÓN PRECISA DEL TRABAJO A REALIZAR : Corte de Acero. ✓

HERRAMIENTAS A UTILIZAR: TRONZADORA CIERRA ELECTRICA, PULIDORA ✓

1. PERSONAL ENCARGADO DE EJECUTAR EL TRABAJO

NOMBRE Y APELLIDOS	CÉDULA	FIRMA (Certifico que estoy en adecuadas condiciones de salud, cuento con las herramientas, conozco los riesgos y normas de seguridad y me comprometo a cumplirlas durante todo el desarrollo de la labor) HE ENTENDIDO CLARAMENTE EL ALCANCE, RIESGOS Y PRECAUCIONES DEL TRABAJO Y VELARE POR EL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO EJECUTOR	AFILIACIÓN VIGENTE DE SEGURIDAD SOCIAL SI	AFILIACIÓN VIGENTE DE SEGURIDAD SOCIAL NO	ARL
YINNER JAVIER CASTILLO	1111770369	Yinner Castilla	x		SURA
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72055786	Sergio ALTAMIRANDA.	x		SURA

2. OTROS PERMISOS REQUERIDOS

ESPACIO CONFINADO — TRABAJO CON ELECTRICIDAD — OTRO: CUAL: NA. — EN CALIENTE
TRABAJO EN ALTURAS — IZAJE DE CARGAS

3. LISTA DE VERIFICACION DE EQUIPOS

Aspecto a revisar	SI	NO	N.A.
1. El equipo se encuentra en buen estado general, sin daños visibles?	x		
2. El polo a tierra esta en buenas condiciones, asegurado para eliminar arcos y a más de 1m del área de trabajo?			x
3. Las partes eléctricas no presentan peladuras o remiendos?		x	
4. El equipo no presenta fugas de liquidos?			x
5. Los accesorios del elemento se encuentran en buen estado, sin daños visibles?	x		
6. El sistema de refrigeración funciona correctamente?			x
7. El sistema de encendido se encuentra en buen estado?	x		
8. La carcasa no presentan roturas o daños visibles?		x	
9. Los discos no se encuentran desgastados o rotos?		x	
10. El equipo tiene la guardas de seguridad en buen estado?	x		
11. Las brocas están bien afiladas y son adecuadas para el trabajo?			x
12. Los discos y brocas están correctamente instalados en el equipo?	x		
13. Las pinzas se encuentra en buen estado?			x
14. Los cilindros están ubicados en posición vertical, estan con sus soportes y asegurados correctamente?			x
15. El gas del cilindro es acorde al trabajo a realizar?			x
16. Los manómetros funcionan correctamente?			x
17. Las conexiones de las mangueras cuentan con abrazaderas?			x

4. VERIFICACIÓN CONDICIONES GENERALES

Aspecto a revisar	SI	NO	N.A.
1. el sitio donde se realizará el trabajo cuenta con ventilación natural o forzada?	x		
2. el área de trabajo se ha monitoreado para garantizar la ausencia de gases explosivos?			x
3. el sitio donde se realizará el trabajo está aislado de tipos de energía que no se vayan a utilizar?	x		
4. El área se encuentra libre de materiales combustibles y combustibles para llevar a cabo la labor de forma segura?	x		
5. el sitio donde se realizará el trabajo está en completo orden y aseo ?	x		
6. El sitio donde se realizará el trabajo está protegido de lluvia o las condiciones climáticas son las adecuadas? (no lluvia ni vientos fuertes)	x		
7. El elemento a intervenir esta libre de material inflamable y/o combustible o ha sido purgado con un gas inerte?			x
8. Se cuenta con barreras para retener la escoria de soldadura y las chispas?			x
9. Se instalaron barreras o cinta perimetral para aislar la zona y no permitir el paso de vehiculos o personas?			x
10. El área de trabajo esta señalizada?	x		
11. El equipo a utilizar cumple con las especificaciones técnicas y de seguridad?	x		
12. Los equipos y su línea a tierra están en lugar seguro y adecuado (libre de agua y despejado)?	x		
13. Se cuenta con un extintor en el área de trabajo y hay una persona capacitada para su uso?	x		
14. Se cumple con los requerimientos de otros permisos de trabajo en caso que existan?	x		
15. Las personas que ejecutarán el trabajo cumplen con las condiciones de formación y salud exigidas por la empresa?	x		
16. Las personas que ejecutarán el trabajo cuentan con los epp necesarios y están en buen estado?	x		
17. Las personas encargadas de ejecutar la labor han recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea? reunion preoperacional	x		

3. EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO

BOTAS DE SEGURIDAD	x	PROTECCIÓN RESPIRATORIA			
OVEROL		CARETA DE SOLDADOR		MONOGAFAS DE SEGURIDAD	x
GUANTES DE CARNAZA	x	PETO DE CARNAZA		GAFAS (UV)	
POLAINAS		MONOGAFAS PARA SOLDADURA		ARNÉS Y ESLINGA	
MANGAS DE CARNAZA		CAPUCHA DE SOLDADOR		OTROS: CUALES?	CASCO

BOTAS, TAPA OIDOS

Powered by CamScanner

4. REGISTRO MEDICIÓN DE GASES (SI APLICA)

	RANGO DE SEGURIDAD	HORA	RESULTADO	FIRMA		HORA	RESULTADO		FIRMA	HORA	RESULTADO		FIRMA
1. % EXPLOSIVIDAD	< 10 % LEL	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
2. OXIGENO (%)	19.5 < O2 < 23.0 %	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
3. CO	< 35 PPM	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
4. H2S	< 10 PPM	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
5. OTROS		N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

DATOS DEL EQUIPO UTILIZADO: N.A MARCA: N.A MODELO: N.A FECHA DE ULTIMA CALIBRACIÓN: N.A

5. PRECAUCIONES ADICIONALES

	SI	N.A.
SE REQUIERE LA PRESENCIA DE UN BRIGADISTA ?		X
SE REQUIERE EQUIPO CONTRA INCENDIO EN EL ÁREA ?		X

	SI	N.A.
OTROS:		X

¿CUALES? _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____ PROFESIONAL SISOMA CELULAR 3137812226

6. FIRMAS DE VERIFICACIÓN

HE VERIFICADO TODAS LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD IDENTIFICADAS EN ESTE PERMISO Y CONSIDERO SEGURO PROCEDER CON EL TRABAJO	HE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES INICIALES DE SEGURIDAD INDICADAS EN ESTE PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE FORMA SEGURA Y HE INFORMADO LOS RIESGOS Y PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA	Vo. Bo. EN SEÑAL QUE LA TAREA O LABOR HA SIDO CONTRATADA POR LAM CONSTRUCCIONES (NOMBRE DE QUIEN LA SOLICITA)
EJECUTOR NOMBRE: Yinner Castillo FIRMA: Yinner Castillo. CARGO: A-X.	AUTORIZADOR NOMBRE Jhon Edgar Reyes T. FIRMA: CARGO: Profesional SST. - PMA.	Labor. operativa Labor Tecnica

OBSERVACIONES

7. VERIFICACIONES

Se verificó que las condiciones operativas de seguridad se mantienen			
SI ✓ / NO	FECHA 19-08-24. HORA 7:30 am	Se verificó que las condiciones operativas de seguridad se mantienen SI ✓ / NO	FECHA 20-8-24 HORA 7:30am
VERIFICACIÓN EMPRESA CONTRATANTE	NOMBRE Jhon Edyar ReyesT CARGO SST- PMA. ÁREA Tronzadora - Polidora.	VERIFICACIÓN EMPRESA CONTRATANTE	NOMBRE Jhon Edyar ReyesT CARGO SST- PMA ÁREA Tronzadora. - Polidora
Se verificó que las condiciones operativas de seguridad se mantienen			
SI ✓ / NO	FECHA 21-8-24. HORA 7:30am	Se verificó que las condiciones operativas de seguridad se mantienen SI ✓ / NO	FECHA 22-8-24 HORA 7:30am
VERIFICACIÓN EMPRESA CONTRATANTE	NOMBRE Jhon Edgar ReyesT. CARGO SST- PMA. ÁREA Tronzadora - Polidora	VERIFICACIÓN EMPRESA CONTRATANTE	NOMBRE Jhon Edyar ReyesT CARGO SST- PMA ÁREA Tronzadora. - Polidora
Se verificó que las condiciones operativas de seguridad se mantienen			
SI ✓ / NO	FECHA 23-8-24 HORA 7:30am	Se verificó que las condiciones operativas de seguridad se mantienen SI ✓ / NO	FECHA 24.-8-24 HORA 7:30am
VERIFICACIÓN EMPRESA CONTRATANTE	NOMBRE Jhon Edyar ReyesT CARGO SST. PMA ÁREA Tronzadora. - PMA) Polidora.	VERIFICACIÓN EMPRESA CONTRATANTE	NOMBRE Jhon Edyar ReyesT CARGO SST- PMA ÁREA Tronzadora - Polidora

9. SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

CANCELADO SUSPENDIDO CAUSA _____ FECHA / HORA

NOMBRE DE QUIEN CANCELA / SUSPENDE _____ EJECUTOR Yinner Castillo.

FIRMA _____ FIRMA Yinner Castillo.

CARGO _____ CARGO Ayudante de obra.

10. FINALIZACIÓN DEL TRABAJO Y CIERRE DEL PERMISO

PERSONALMENTE DECLARAMOS QUE:

	SI	NO
EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO	X	
EL SITIO Y EL EQUIPO QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS	X	
ESTÁN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y EN BUEN ESTADO	X	
EL ÁREA QUEDA LIMPIA Y LIBRE DE DESECHOS Y MATERIALES	X	

PERMISO CERRADO X FECHA 24-8-24

AUTORIZADOR

NOMBRE: Jhon Edyar ReyesT.

FIRMA:

CARGO: SST- PMA

EJECUTOR DEL TRABAJO

NOMBRE: Jhon Edyar ReyesT

FIRMA:

CARGO: SST- PMA.

Powered by CamScanner