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, 1 OCTUBRE AL 5 DE OCTUBRE DEL 2024**	**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)**	3mts.
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 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 ofi)	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		
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	94505184	SI	SI	SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
CESAR ALEJANDRO RUALES	1062557794	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	12916796	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72066786	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	14471611	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
OSCAR SINISTERRA	16486516	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	1087463606	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1193218079	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON HURATDO	16845138	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	12750459	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
RODOLFO MONTIEL	1101458102	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ENDER ENRIQUE MOTIEL URIANA	1124486736	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JUAN GABRIEL FERNANDEZ	19836807	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EIDER FABIAN VIAFARA	1193578626	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 08239-08-2017

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.) seguras?	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 (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	

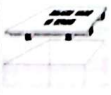
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

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 caida de objetos? ____	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? ____	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos: (TAS)

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

Señalización: caida 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

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 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).	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retráctil		X
*kit líneas de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
*Kit líneas 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 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	7	10	2024	7:30	600	Jhon Edgar Reyes T			Jhon Edgar Reyes T.	
Hasta	12	10	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: 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		
			1							
			2							
			3							
			4							
			5							
			6							

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

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-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, 7 OCTUBRE AL 12 DE OCTUBRE DEL 2024	**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 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 TALERO	**Cargo:**	PROFESIONAL SISOMA

Descripción del trabajo a realizar:	**TRABAJO EN ALTURAS**	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	3MTS
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 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 les 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		
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	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	1111793175	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS ALBERTO ARBOLEDA	12916795	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72065786	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	1193291081	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	15488518	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	1192918079	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON HURATDO	16845138	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIRO ANDRES MARTINEZ OROZCO	91360161	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDWIN GIOVANY ACHICANOY ACHICANOY	12750469	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
RODOLFO MONTIEL	1191468162	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ENDER ENRIQUE MOTIEL URIANA	1124466736	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JUAN GABRIEL FERNANDEZ	16936607	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EIDER FABIAN VIAFARA	1193879626	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 08239-08-2017

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST (SR) 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 o 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 el 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 algun item 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? ____	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? ____	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos: (TJA)

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	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							
X							X

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 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)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retráctil		X
***Kit linea de vida vertical portátil** (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
***Kit linea 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 SI Extintor SI Inmovilizadores SI Botiquín SI Kit de rescate ___, otro ____

¿cual?_____

Sistemas de acceso certificados: Plataformas / Andamios : SI 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	1	10	2024	7:30	600	Jhon Edgar Reyes T			Jhon Edgar Reyes T	
Hasta	6	10	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:				**NOMBRE Y FIRMA :**	Jhon Edgar Reyes Talero		
C.C.:				**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 08239-08-2017

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 enmendaduras

CIUDAD/DEPARTAMENTO:	**CALI VALLE DEL CAUCA, 14 OCTUBRE AL 19 DE OCTUBRE DEL 2024**	**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**	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 T&A)	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 de vida)	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	94034825	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	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	1111783175	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS ALBERTO ARBOLEDA	12916796	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72095786	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	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	1192918078	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON MURATDO	16945139	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	
RODOLFO MONTIEL	1151458102	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ENDER ENRIQUE MOTIEL URIANA	1124485738	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JUAN GABRIEL FERNANDEZ	16836807	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDER FABIAN VIAFARA	1193576526	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 08239-08-2017

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 algun item: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

Cuando no cumpla algun item 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? ____	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? ____	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos: (PPA)

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

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 caida	
F=Distancia de Caída libre	

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 portatil (linea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		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 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	14	10	2024	7:30	600	Jhon Edgar Reyes T			Jhon Edgar Reyes T		
Hasta	19	10	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:			**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							

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

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-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, 21 OCTUBRE AL 26 DE OCTUBRE DEL 2024	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)**	3mts

Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	**EQUIPO DE ALTURAS - EPP**

Lugar específico de la ejecución:	SOBRE FORMALETA	**Actividad Rutinaria:**	**SI**		**NO**	X

Tiempo estimado de duración:	8 HORAS	**Condiciones atmosféricas generales:**	**ESTABLES - NORMALES**

PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)

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

NOMBRE	# IDENTIFICACIÓN	TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA)	ROL				ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO)													FIRMA
		SI / NO / NA	Coordinador de Alturas (operativo/campo)	Ayudante de Seguridad Alturas	Brigadista para rescate en alturas		Casco dieléctrico, con barboquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo let 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	Slin	
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	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	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	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	1111778369	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	16845139	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	
EDWIN GIOVANY ACHICANOY ACHICANOY	12750458	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
RODOLFO MONTIEL	1151458102	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ENDER ENRIQUE MOTIEL URIANA	1124486738	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JUAN GABRIEL FERNANDEZ	19836807	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDER FABIAN VIAFARA	1193576326	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 00239-08-2017

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 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 caída de objetos? ____	Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? ____	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos: (TRA)

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)
							
SI							SI

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)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retráctil		X
*Kit líneas de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
*Kit líneas 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 A 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:___

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 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	21	10	2024	7:30 AM	6:00 PM	Jhon Edgar Reyes	C.C.:	94503184	Jhon Edgar Reyes	C.C.:	94503184
Hasta	26	10	2024								

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:	**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							

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

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, 28 OCTUBRE AL 2 DE NOVIEMBRE DEL 2024**	**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)**	3mts.
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 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 let 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	Otro	
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	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	1111783175	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS ALBERTO ARBOLEDA	12915796	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72065786	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	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	1111770389	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	1192918079	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON MURATDO	16845139	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	12750459	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
RODOLFO MONTIEL	1151458102	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ENDER ENRIQUE MOTIEL URIANA	1124485738	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JUAN GABRIEL FERNANDEZ	16836807	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDER FABIAN VIAFARA	1193576526	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 08239-08-2017

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 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, avispes, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo).	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 algun item 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? ____	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? ____	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos: (ISA)

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

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 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)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retráctil		X
*Kit líneas de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
*Kit líneas 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 X Extintor X Inmovilizadores X Botiquín 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 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	28	10 2024	730	600	Jhon Edgar Reyes T			Jhon Edgar Reyes T	
Hasta	2	11 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: 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							

Jhon Edgar Reyes T.
Ingeniero Coordinador Alturas
EDR
Resolución No. 3020 de 2017

Powered by CamScanner