| NARVÁEZ URIBE INGENIERÍA S.A.S. Soluciones Concretas | PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE | NUI - SST - FOR - 044 |
|---|---|---|
| | | VERSION 2 |
| | | Fecha: 18/09/2021 |
| | | Página: 1 de 2 |

**Nota 1:** Si la respuesta a todos los puntos que aplican este permiso de trabajo no es afirmativa no se podrá iniciar el trabajo
**Nota 2:** Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se debe tramitar uno nuevo
**Nota 3:** El formato debe ser diligenciado completamente
**Nota 4:** La validación del permiso de trabajo se debe realizar a DIARIO en los frentes de trabajo
**Nota 5:** La firma de los trabajadores debe realizarse a DIARIO una vez se verifiquen las condiciones de seguridad en el trabajador y en el lugar de trabajo propiamente

**PERMISO DE TRABAJO No.** 1

## EMPRESA: NARVAEZ URIBE INGENIERIA SAS

| | DIA | MES | AÑO | HORA | | DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALIDO DESDE: | 21 | 10 | 24 | 07:00 | VALIDO HASTA: | 27 | 10 | 24 | 05:00 |
| REVALIDADO DESDE: | | | | | REVALIDADO HASTA: | | | | |

CONSTRUCTORA: _____ OBRA: Malecón Suroriente

PERMISO PARA EQUIPO DE SOLDADURA ☐ PERMISO PARA USO DE HERRAMIENTAS CON MOTOR ☑

DESCRIPCIÓN PRECISA DEL TRABAJO A REALIZAR: _____

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR: _____

**EJECUTORES DEL PERMISO DE TRABAJO**

**FIRMA DE CHEQUEO DIARIO TRABAJADORES**

| NOMBRES Y APELLIDOS (Ejecutores) | CÉDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 Rogerio Sogarebo | 14016055 | Eugrio | | Eugrio | | Eugrio | | Eugrio | | Eugrio | | Eugrio | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Miguel Bojo | 1025420357 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |

| VERIFICADO POR INSPECTOR SST Y/O COORDINADOR | CEDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valeria Salgado | 1001218907 | | | | | | | | | | | | | | |

**DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA VALIDEZ DE ESTE PERMISO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATS: SI | ☑ | PT. MANEJO SUSTANCIAS QUÍMICAS | ☑ | PT. TRABAJO EN EXCAVACIONES | ☐ | PREOPERACIONAL DE EQUIPOS | ☑ |
| ATS: NO | ☐ | PT. TRABAJO EN CALIENTE | ☑ | PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTAS | ☑ | OTRO: ¿Cuál? | |

**PRECAUCIONES ADICIONALES**

| | SI | N.A |
|---|---|---|
| SE REQUIERE PRESENCIA DE BRIGADISTA? | ☑ | |
| SE REQUIERE EQUIPO CONTRA INCENDIO EN EL ÁREA? | | |

OTROS ¿CUALES? _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____

TÉLEFONO CONTACTO: _____

**EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS REQUERIDO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OVEROL | ☐ | PROTECCIÓN RESPIRATORIA | ☐ | IMPERMEABLE | ☐ | LÍNEA DE VIDA VERTICAL | ☐ | ESLINGA CON ABSORBEDOR DE CHOQUES | ☐ |
| GUANTES | ☑ | BOTAS DE SEGURIDAD | ☑ | PROTECCIÓN FACIAL | ☐ | LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL | ☐ | ARNÉS CUERPO ENTERO | ☐ |
| CASCO CON BARBUQUEJO 3 PUNTOS | ☐ | MONOGAFAS UV | ☑ | | | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO | ☐ | SISTEMA DE ANCLAJES | ☐ |

MOSQUETON ☐

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

| CONVENCIONES | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|---|---|---|---|
| | C | N.C. | N.A |

| ITEMS | LISTA DE CHEQUEO DIARIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| **HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección persona completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | C | | | | | | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | C | | | | | | |
| 3.¿ El trabajdor fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad ? | C | | | | | | |
| 4. ¿ se verifican preoperacionales de los equipos y herramientas a utilizar ? | C | | | | | | |
| 5. ¿ Las herramientas con motor y/o equipos estan debidamente aterrizados con cables y conexiones electricas adecuadas ? | C | | | | | | |
| 6. ¿ Se verifico la explosividad del area ? | C | | | | | | |
| 7. ¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | C | | | | | | |
| **EQUIPO DE SOLDADURA** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección persona completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | | | | | | | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | | | | | | | |
| 3. ¿ Existe un extintor de 10lbs minimo cerca ? | | | | | | | |
| 4. ¿ El trabajador verifica que su area de traqbajo este libre de liquidos, inflamables y combustibles ? | | | | | | | |
| 5. ¿ Se verifica preoperacional del equipo de soldadura ? | | | | | | | |
| 6.¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | | | | | | | |
| 7.¿ El area de trabajo esta libre de humedad y lluvia ? | | | | | | | |
| 8.¿ se verifico delimitación y señalizacion del area de trabajo ? | | | | | | | |

## TERMINACIÓN DEL TRABAJO Y CIERRE DEL PERMISO

**PERSONALMENTE DECLARO QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL TRABAJO HA TERMINADO | ✓ | |
| EL SITIO Y EL EQUIPO QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS | ✓ | |
| ESTÀN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y EN BUEN ESTADO | ✓ | |

NOMBRE: Valeria Sl.

FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

**PERSONALMENTE VERIFIQUE QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL AREA DE TRABAJO QUEDA LIMPIA Y LIBRE DE DESECHOS Y MATERIALES | ✓ | |
| QUEDAN NORMALIZADAS LAS PROTECCIONES ANULADAS | ✓ | |
| REALIZADAS Y ACEPTADAS TODAS LAS PRUEBAS DE CALIDAD | ✓ | |

NOMBRE:

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA? SI ✓ NO

FECHA: 26 | 10 | 24 | HORA

## SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

PERMISO SUSPENDIDO DEBIDO A:

FECHA: DD | MM | AAA | HORA

FIRMA QUIEN SUSPENDE EL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA QUIEN EJECUTA EL TRABAJO (Ejecutante)

## OBSERVACIONES GENERALES

| | | |
|---|---|---|
| EZ URIBE NIERÍA S.A.S. s Concretas | **PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE** | NUI - SST - FOR - 044<br>VERSION 2<br>Fecha: 18/09/2021<br>Página: 1 de 2 |

esta a todos los puntos que aplican este permiso de trabajo no es afirmativa no se podrá iniciar el trabajo
liciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se debe tramitar uno nuevo
debe ser diligenciado completamente
ón del permiso de trabajo se debe realizar a DIARIO en los frentes de trabajo
s los trabajadores debe realizarse a DIARIO una vez se verifiquen las condiciones de seguridad en el trabajador y en el lugar de trabajo propiamente

**PERMISO DE TRABAJO No.** 1

**: NARVAEZ URIBE INGENIERIA SAS**

| DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|
| 28 | 10 | 24 | 07:00 |

VALIDO HASTA:

| DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|
| 03 | 11 | 24 | 05:00 |

| DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

3DE:

REVALIDADO HASTA:

| DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

OBRA: Madeira Sur-Oriente

PERMISO PARA EQUIPO DE SOLDADURA ☐

PERMISO PARA USO DE HERRAMIENTAS CON MOTOR ☑

RECISA DEL TRABAJO A REALIZAR: Instalación de formaletas y corte de varillas

NTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR: taladro, pulidora, cortadora

**EJECUTORES DEL PERMISO DE TRABAJO**

**FIRMA DE CHEQUEO DIARIO TRABAJADORES**

| IRES Y APELLIDOS (Ejecutores) | CÉDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Manuel Compo | 1104600411 | | | | | | | | | | | | | | |
| Carlos Soto | 1018777338 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| POR INSPECTOR SST Y/O COORDINADOR | CEDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valeria SH | 1000918901 | Valeria | | Valeria | | Valeria | | Valeria | | Valeria | | Valeria | | | |

**DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA VALIDÉZ DE ESTE PERMISO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | ☐ | PT. MANEJO SUSTANCIAS QUÍMICAS | ☑ | PT. TRABAJO EN EXCAVACIONES | ☐ | PREOPERACIONAL DE EQUIPOS | ☑ |
| NO | ☐ | PT. TRABAJO EN CALIENTE | ☑ | PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTAS | ☑ | OTRO: ¿Cuál? | |

**PRECAUCIONES ADICIONALES**

| | SI | N.A |
|---|---|---|
| RESENCIA DE BRIGADISTA? | ☑ | |
| QUIPO CONTRA INCENDIO EN | ☑ | |

OTROS: ¿CUALES?

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

TÉLEFONO CONTACTO:

**EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS REQUERIDO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PROTECCIÓN RESPIRATORIA | ☑ | IMPERMEABLE | ☐ | LÍNEA DE VIDA VERTICAL | ☐ | ESLINGA CON ABSORBEDOR DE CHOQUES | ☐ | MOSQUETON ☐ |
| ☐ | BOTAS DE SEGURIDAD | ☑ | PROTECCIÓN FACIAL | ☐ | LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL | ☐ | ARNÉS CUERPO ENTERO | ☐ | |
| PUNTOS ☐ | MONOGAFAS UV | ☑ | | | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO | ☐ | SISTEMA DE ANCLAJES | ☐ | |

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PR

| CONVENCIONES | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|---|---|---|---|
| | C | N C | N A |

| ITEMS | LISTA DE CHEQUEO DIARIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| **HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección personal completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | C | C | C | C | C | C | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | C | C | C | C | C | C | |
| 3.¿ El trabajador fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad ? | C | C | C | C | C | C | |
| 4. ¿ se verifico preoperacionalmente de los equipos y herramientas a utilizar ? | C | C | C | C | C | C | |
| 5. ¿ Las herramientas con motor y/o equipos estan debidamente aterrizados con cables y conexiones electricas adecuadas ? | C | C | C | C | C | C | |
| 6. ¿ Se verifico la explosividad del area ? | C | C | C | C | C | C | |
| 7. ¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | C | C | C | C | C | C | |
| **EQUIPO DE SOLDADURA** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección personal completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | | | | | | | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | | | | | | | |
| 3. ¿ Existe un extintor de 10lbs mínimo cerca ? | | | | | | | |
| 4. ¿ El trabajador verifica que su area de trabajo este libre de liquidos inflamables y combustibles ? | | | | | | | |
| 5. ¿ Se verifica preoperacional del equipo de soldadura ? | | | | | | | |
| 6.¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | | | | | | | |
| 7.¿ El area de trabajo esta libre de humedad y lluvia ? | | | | | | | |
| 8.¿ se verifico delimitación y señalización de area de trabajo ? | | | | | | | |

## TERMINACIÓN DEL TRABAJO Y CIERRE DEL PERMISO

**PERSONALMENTE DECLARO QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL TRABAJO HA TERMINADO | ✓ | |
| EL SITIO Y EL EQUIPO QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS ESTAN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y EN BUEN ESTADO | ✓ | |
| | ✓ | |

**PERSONALMENTE VERIFIQUE QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL AREA DE TRABAJO QUEDA LIMPIA Y LIBRE DE DESECHOS Y MATERIALES | ✓ | |
| QUEDAN NORMALIZADAS LAS PROTECCIONES ANULADAS | ✓ | |
| REALIZADAS Y ACEPTADAS TODAS LAS PRUEBAS DE CALIDAD | ✓ | |

NOMBRE: Valmo S.A.

FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

NOMBRE:

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA? SI ✓ NO

FECHA

## SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

PERMISO SUSPENDIDO DEBIDO A:

FECHA

FIRMA QUIEN SUSPENDE EL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA QUIEN EJECUTA EL TRABAJO (Ejecutante)

## OBSERVACIONES GENERALES

NARVÁEZ URIBE INGENIERÍA S.A.S.
Soluciones Concretas

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

| | |
|---|---|
| NUI - SST - FOR - 044 | |
| VERSION 2 | |
| Fecha: 18/09/2021 | |
| Página: 1 de 2 | |

**Nota 1:** Si la respuesta a todos los puntos que aplican este permiso de trabajo no es afirmativa no se podrá iniciar el trabajo
**Nota 2:** Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se debe tramitar uno nuevo
**Nota 3:** El formato debe ser diligenciado completamente
**Nota 4:** La validación del permiso de trabajo se debe realizar a DIARIO en los frentes de trabajo
**Nota 5:** La firma de los trabajadores debe realizarse a DIARIO una vez se verifiquen las condiciones de seguridad en el trabajador y en el lugar de trabajo propiamente

**PERMISO DE TRABAJO No.** 1

## EMPRESA: NARVAEZ URIBE INGENIERIA SAS

| | DIA | MES | AÑO | HORA | | DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALIDO DESDE: | 05 | 11 | 24 | 07:00 | VALIDO HASTA: | 10 | 11 | 24 | 07:00 |
| REVALIDADO DESDE: | | | | | REVALIDADO HASTA: | | | | |

CONSTRUCTORA: Narvaez Uribe
OBRA: Malecon Sur-oriente

PERMISO PARA EQUIPO DE SOLDADURA ☐ PERMISO PARA USO DE HERRAMIENTAS CON MOTOR ☑

DESCRIPCIÓN PRECISA DEL TRABAJO A REALIZAR: Cortes concreto, cortes Vaullas

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR: Pulidora, cortadora de concreto

### EJECUTORES DEL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA DE CHEQUEO DIARIO TRABAJADORES

| NOMBRES Y APELLIDOS (Ejecutores) | CÉDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 Manuel Campo | 1104141009 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Oleaus Padilla | 1042348769 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| VERIFICADO POR INSPECTOR SST Y/O COORDINADOR | CEDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
| | | Valdez | | Valdez | | Valdez | | Valdez | | Valdez | | Valdez | | | |

### DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA VALIDÉZ DE ESTE PERMISO

ATS: SI ☑ NO ☐
PT. MANEJO SUSTANCIAS QUÍMICAS ☐
PT. TRABAJO EN CALIENTE ☑
PT. TRABAJO EN EXCAVACIONES ☐
PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTAS ☑
PREOPERACIONAL DE EQUIPOS ☑
OTRO: ¿Cuál?

### PRECAUCIONES ADICIONALES

| | SI | N.A |
|---|---|---|
| SE REQUIERE PRESENCIA DE BRIGADISTA? | ☑ | |
| SE REQUIERE EQUIPO CONTRA INCENDIO EN EL ÁREA? | ☑ | |

OTROS: ¿CUALES?
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:
TÉLEFONO CONTACTO:

### EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS REQUERIDO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OVEROL | ☐ | PROTECCIÓN RESPIRATORIA | ☑ | IMPERMEABLE | ☐ | LÍNEA DE VIDA VERTICAL | ☐ |
| GUANTES | ☑ | BOTAS DE SEGURIDAD | ☑ | PROTECCIÓN FACIAL | ☐ | LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL | ☐ |
| CASCO CON BARBUQUEJO 3 PUNTOS | ☐ | MONOGAFAS UV | ☑ | | | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO | ☐ |

ESLINGA CON ABSORBEDOR DE CHOQUES ☐
ARNÉS CUERPO ENTERO ☐
SISTEMA DE ANCLAJES ☐
MOSQUETON ☐

| CONVENCIONES | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|---|---|---|---|
| | C | N.C. | N.A |

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

| ITEMS | LISTA DE CHEQUEO DIARIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| **HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección persona completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | | C | C | C | C | C | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | | C | C | C | C | C | |
| 3.¿ El trabajdor fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad ? | | C | C | C | C | C | |
| 4. ¿ se verifican preoperacionales de los equipos y herramientas a utilizar ? | | C | C | C | C | C | |
| 5. ¿ Las herramientas con motor y/o equipos estan debidamente aterrizados con cables y conexiones electricas adecuadas ? | | C | C | C | C | C | |
| 6. ¿ Se verifico la explosividad del area ? | | C | C | C | C | C | |
| 7. ¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | | C | C | C | C | C | |
| **EQUIPO DE SOLDADURA** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección persona completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | | | | | | | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | | | | | | | |
| 3. ¿ Existe un extintor de 10lbs minimo cerca ? | | | | | | | |
| 4. ¿ El trabajador verifica que su area de traqbajo este libre de liquidos, inflamables y combustibles ? | | | | | | | |
| 5. ¿ Se verifica preoperacional del equipo de soldadura ? | | | | | | | |
| 6.¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | | | | | | | |
| 7.¿ El area de trabajo esta libre de humedad y lluvia ? | | | | | | | |
| 8.¿ se verifico delimitación y señalizacion del area de trabajo ? | | | | | | | |

## TERMINACIÓN DEL TRABAJO Y CIERRE DEL PERMISO

**PERSONALMENTE DECLARO QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL TRABAJO HA TERMINADO | ✓ | |
| EL SITIO Y EL EQUIPO QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS ESTÀN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y EN BUEN ESTADO | ✓ | |
| | ✓ | |

NOMBRE: Valeria S.L.

**FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO**

**PERSONALMENTE VERIFIQUE QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL AREA DE TRABAJO QUEDA LIMPIA Y LIBRE DE DESECHOS Y MATERIALES | ✓ | |
| QUEDAN NORMALIZADAS LAS PROTECCIONES ANULADAS | ✓ | |
| REALIZADAS Y ACEPTADAS TODAS LAS PRUEBAS DE CALIDAD | ✓ | |

NOMBRE:

**FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO**

| ¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA? | SI | NO | FECHA | 09 | 11 | 2024 | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ✓ | | | | | | |

## SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

**PERMISO SUSPENDIDO DEBIDO A:**

| FECHA | DD | MM | AAA | HORA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**FIRMA QUIEN SUSPENDE EL PERMISO DE TRABAJO**

**FIRMA QUIEN EJECUTA EL TRABAJO (Ejecutante)**

## OBSERVACIONES GENERALES

| NARVÁEZ URIBE INGENIERIA S.A.S. Soluciones Concretas | PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE | NUI - SST - FOR - 044 |
|---|---|---|
| | | VERSION 2 |
| | | Fecha: 18/09/2021 |
| | | Página: 1 de 2 |

**Nota 1:** Si la respuesta a todos los puntos que aplican este permiso de trabajo no es afirmativa no se podrá iniciar el trabajo
**Nota 2:** Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se debe tramitar uno nuevo
**Nota 3:** El formato debe ser diligenciado completamente
**Nota 4:** La validación del permiso de trabajo se debe realizar a DIARIO en los frentes de trabajo
**Nota 5:** La firma de los trabajadores debe realizarse a DIARIO una vez se verifiquen las condiciones de seguridad en el trabajador y en el lugar de trabajo propiamente

**PERMISO DE TRABAJO No.** 1

## EMPRESA: NARVAEZ UREBE INGENIERIA SAS

| | DIA | MES | AÑO | HORA | | DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALIDO DESDE: | 12 | 11 | 24 | 07:00 | VALIDO HASTA: | 17 | 11 | 24 | 05:00 |
| REVALIDADO DESDE: | | | | | REVALIDADO HASTA: | | | | |

CONSTRUCTORA: Narvaez Uribe OBRA: Malecón Sur - oriente

PERMISO PARA EQUIPO DE SOLDADURA ☐ PERMISO PARA USO DE HERRAMIENTAS CON MOTOR ☐

DESCRIPCIÓN PRECISA DEL TRABAJO A REALIZAR: Corte de Varillas

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR: pulidora,

**EJECUTORES DEL PERMISO DE TRABAJO**

**FIRMA DE CHEQUEO DIARIO TRABAJADORES**

| NOMBRES Y APELLIDOS (Ejecutores) | CÉDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 Jonny Pra | 1047348788 | | | Jonny | | Jonny | | Jonny | | | | | | | |
| 2 Reinaldo Mendoza | 1063906 | | | Reinaldo | | Reinaldo | | Reinaldo | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |

| VERIFICADO POR INSPECTOR SST Y/O COORDINADOR | CEDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valeria Salgado | 1020470701 | | | Valeria | | Valeria | | Valeria | | | | | | | |

**DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA VALIDÉZ DE ESTE PERMISO**

ATS: SI ☑ NO ☐
PT. MANEJO SUSTANCIAS QUÍMICAS ☐
PT. TRABAJO EN CALIENTE ☑
PT. TRABAJO EN EXCAVACIONES ☐
PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTAS ☑
PREOPERACIONAL DE EQUIPOS ☑
OTRO: ¿Cuál?

**PRECAUCIONES ADICIONALES**

| | SI | N.A |
|---|---|---|
| SE REQUIERE PRESENCIA DE BRIGADISTA? | ✓ | |
| SE REQUIERE EQUIPO CONTRA INCENDIO EN EL ÁREA? | ✓ | |

OTROS: ¿CUALES?
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:
TÉLEFONO CONTACTO:

**EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS REQUERIDO**

OVEROL ☐
GUANTES ☑
CASCO CON BARBUQUEJO 3 PUNTOS ☐
PROTECCIÓN RESPIRATORIA ☐
BOTAS DE SEGURIDAD ☑
MONOGAFAS UV ☑
IMPERMEABLE ☐
PROTECCIÓN FACIAL ☐
LÍNEA DE VIDA VERTICAL ☐
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL ☐
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO ☐
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE CHOQUES ☐
ARNÈS CUERPO ENTERO ☐
SISTEMA DE ANCLAJES ☐
MOSQUETON ☐

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

| CONVENCIONES | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|---|---|---|---|
| | C | N.C. | N.A |

| ITEMS | LISTA DE CHEQUEO DIARIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| **HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección persona completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | | C | C | C | | | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | | C | C | C | | | |
| 3.¿ El trabajdor fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad ? | | C | C | C | | | |
| 4. ¿ se verifican precperacionales de los equipos y herramientas a utilizar ? | | C | C | C | | | |
| 5. ¿ Las herramientas con motor y/o equipos estan debidamente aterrizados con cables y conexiones electricas adecuadas ? | | C | C | C | | | |
| 6. ¿ Se verifico la explosividad del area ? | | C | C | C | | | |
| 7. ¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | | C | C | C | | | |
| **EQUIPO DE SOLDADURA** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección persona completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | | | | | | | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | | | | | | | |
| 3. ¿ Existe un extintor de 10lbs minimo cerca ? | | | | | | | |
| 4. ¿ El trabajador verifica que su area de traqbajo este libre de liquidos, inflamables y combustibles ? | | | | | | | |
| 5. ¿ Se verifica precperacional del equipo de soldadura ? | | | | | | | |
| 6.¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | | | | | | | |
| 7.¿ El area de trabajo esta libre de humedad y lluvia ? | | | | | | | |
| 8.¿ se verifico delimitación y señalizacion del area de trabajo ? | | | | | | | |

## TERMINACIÓN DEL TRABAJO Y CIERRE DEL PERMISO

**PERSONALMENTE DECLARO QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL TRABAJO HA TERMINADO | ✓ | |
| EL SITIO Y EL EQUIPO QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS | ✓ | |
| ESTÁN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y EN BUEN ESTADO | ✓ | |

NOMBRE: Valerio Salgado M.

FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

**PERSONALMENTE VERIFIQUE QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL AREA DE TRABAJO QUEDA LIMPIA Y LIBRE DE DESECHOS Y MATERIALES | ✓ | |
| QUEDAN NORMALIZADAS LAS PROTECCIONES ANULADAS | ✓ | |
| REALIZADAS Y ACEPTADAS TODAS LAS PRUEBAS DE CALIDAD | ✓ | |

NOMBRE: Roberto

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA? SI | NO

FECHA: DD | MM | AAA | HORA

## SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

PERMISO SUSPENDIDO DEBIDO A:

FECHA: DD | MM | AAA | HORA

FIRMA QUIEN SUSPENDE EL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA QUIEN EJECUTA EL TRABAJO (Ejecutante)

## OBSERVACIONES GENERALES

NARVÁEZ URIBE INGENIERÍA S.A.S.
Soluciones Concretas

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

| | |
|---|---|
| NUI - SST - FOR - 044 | |
| VERSION 2 | |
| Fecha: 18/09/2021 | |
| Página: 1 de 2 | |

Nota 1: Si la respuesta a todos los puntos que aplican este permiso de trabajo no es afirmativa no se podrá iniciar el trabajo
Nota 2: Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se debe tramitar uno nuevo
Nota 3: El formato debe ser diligenciado completamente
Nota 4: La validación del permiso de trabajo se debe realizar a DIARIO en los frentes de trabajo
Nota 5: La firma de los trabajadores debe realizarse a DIARIO una vez se verifiquen las condiciones de seguridad en el trabajador y en el lugar de trabajo propiamente

PERMISO DE TRABAJO No. 1

## EMPRESA: NARVAEZ URIBE INGENIERIA SAS

| | DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|
| VALIDO DESDE: | 18 | 11 | 24 | 07:00 |
| VALIDO HASTA: | 24 | 11 | 24 | 07:00 |
| REVALIDADO DESDE: | | | | |
| REVALIDADO HASTA: | | | | |

CONSTRUCTORA: Narvaez Uribe

OBRA: Malecón del Sur - oriente

PERMISO PARA EQUIPO DE SOLDADURA ☐

PERMISO PARA USO DE HERRAMIENTAS CON MOTOR ☐

DESCRIPCIÓN PRECISA DEL TRABAJO A REALIZAR: Cortar varillas con pulidora

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR:

### EJECUTORES DEL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA DE CHEQUEO DIARIO TRABAJADORES

| NOMBRES Y APELLIDOS (Ejecutores) | CÉDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 Manuel Carpo | 1041007411 | Mm | | Mm | | Mm | | Mm | | | | | | | |
| 2 [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| VERIFICADO POR INSPECTOR SST Y/O COORDINADOR | CEDULA | LUNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MARTES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | MIÉRCOLES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | JUEVES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | VIERNES | CONCEPTO MEDICO LABORAL | SÁBADO | CONCEPTO MEDICO LABORAL | DOMINGO | CONCEPTO MEDICO LABORAL |
| Valeria Salgado | 1001910701 | VASL | | VASL | | VASL | | VASL | | | | | | | |

### DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA VALIDÉZ DE ESTE PERMISO

ATS: SI ☑ NO ☐

PT. MANEJO SUSTANCIAS QUÍMICAS ☐
PT. TRABAJO EN CALIENTE ☑
PT. TRABAJO EN EXCAVACIONES ☐
PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTAS ☑
PREOPERACIONAL DE EQUIPOS ☑
OTRO: ¿Cuál?

### PRECAUCIONES ADICIONALES

| | SI | N.A |
|---|---|---|
| SE REQUIERE PRESENCIA DE BRIGADISTA? | ✓ | |
| SE REQUIERE EQUIPO CONTRA INCENDIO EN EL ÁREA? | ✓ | |

OTROS: ¿CUALES?
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:
TÉLEFONO CONTACTO:

### EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS REQUERIDO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OVEROL ☐ | PROTECCIÓN RESPIRATORIA ✓ | IMPERMEABLE ☐ | LÍNEA DE VIDA VERTICAL ☐ | ESLINGA CON ABSORBEDOR DE CHOQUES ☐ | MOSQUETON ☐ |
| GUANTES ☑ | BOTAS DE SEGURIDAD ✓ | PROTECCIÓN FACIAL ☐ | LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL ☐ | ARNÉS CUERPO ENTERO ☐ | |
| CASCO CON BARBUQUEJO 3 PUNTOS ☐ | MONOGAFAS UV ✓ | | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO ☐ | SISTEMA DE ANCLAJES ☐ | |

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

| CONVENCIONES | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|---|---|---|---|
| | C | N.C. | N.A |

| ITEMS | LISTA DE CHEQUEO DIARIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| **HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección persona completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | C | C | C | C | C | C | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | C | C | C | C | C | C | |
| 3.¿ El trabajdor fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad ? | C | C | C | C | C | C | |
| 4. ¿ se verifican precperacionales de los equipos y herramientas a utilizar ? | C | C | C | C | C | C | |
| 5. ¿ Las herramientas con motor y/o equipos estan debidamente aterrizados con cables y conexiones electricas adecuadas ? | C | C | C | C | C | C | |
| 6. ¿ Se verifico la explosividad del area ? | C | C | C | C | C | C | |
| 7. ¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | C | C | C | C | C | C | |
| **EQUIPO DE SOLDADURA** | | | | | | | |
| 1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección persona completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ? | | | | | | | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | | | | | | | |
| 3. ¿ Existe un extintor de 10lbs minimo cerca ? | | | | | | | |
| 4. ¿ El trabajador verifica que su area de traqbajo este libre de liquidos, inflamables y combustibles ? | | | | | | | |
| 5. ¿ Se verifica precperacional del equipo de soldadura ? | | | | | | | |
| 6.¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | | | | | | | |
| 7.¿ El area de trabajo esta libre de humedad y lluvia ? | | | | | | | |
| 8.¿ se verifico delimitación y señalizacion del area de trabajo ? | | | | | | | |

## TERMINACIÓN DEL TRABAJO Y CIERRE DEL PERMISO

**PERSONALMENTE DECLARO QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL TRABAJO HA TERMINADO | | |
| EL SITIO Y EL EQUIPO QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS ESTÁN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y EN BUEN ESTADO | ✓ | |
| | ✓ | |

NOMBRE: Valeria Salgado

**FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO**

**PERSONALMENTE VERIFIQUE QUE:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| EL AREA DE TRABAJO QUEDA LIMPIA Y LIBRE DE DESECHOS Y MATERIALES | ✓ | |
| QUEDAN NORMALIZADAS LAS PROTECCIONES ANULADAS | ✓ | |
| REALIZADAS Y ACEPTADAS TODAS LAS PRUEBAS DE CALIDAD | ✓ | |

NOMBRE:

**FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO**

| ¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA? | SI | NO | FECHA | | | | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ✓ | | | 23 | 11 | 24 | |

## SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

**PERMISO SUSPENDIDO DEBIDO A:**

| FECHA | DD | MM | AAA | HORA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**FIRMA QUIEN SUSPENDE EL PERMISO DE TRABAJO**

**FIRMA QUIEN EJECUTA EL TRABAJO (Ejecutante)**

## OBSERVACIONES GENERALES