NARVÁEZ URIBE INGENIERÍA S.A.S.
Soluciones Concretas

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

NUI - SST	
VERSION	
Fecha: 16	
Página: 1	

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:	09	12	2024	07:00
VALIDO HASTA:	15	12		
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: Corte de Varillas con pulidora, Corte a placa de concreto

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR: pulidora y cortadora

EJECUTORES DEL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA DE CHEQUEO DIARIO TRABAJADORES

NOMBRES Y APELLIDOS (Ejecutores)	CÉDULA	LUNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MARTES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MIÉRCOLES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	JUEVES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	VIERNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	SÁBADO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	DOMIN
1 [illegible] DE LA.	1092348726	[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]		
2 Julio Balmaceda	92191693					Julio		Julio		Julio		Julio		
3														
4														
5														

VERIFICADO POR INSPECTOR SST Y/O COORDINADOR	CEDULA	LUNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MARTES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MIÉRCOLES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	JUEVES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	VIERNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	SÁBADO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	DOMIN
Valeria SN.	1000180701	Valeria		Valeria		Valeria		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	☐	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	☐	MOSQUETON	☐
ARNÉS CUERPO ENTERO	☐		
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 trabajador fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad ?	C	C	C	C	C	C	
4. ¿ se verifican preoperacionales 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 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 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: [signature]

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: [signature]

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

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

FECHA: DD 14 MM 12 AAA 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