NARVÁEZ URIBE INGENIERÍA S.A.S.
Soluciones Concretas

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

NUI - SST	
VERSION	
Fecha: 18	
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		DIA	MES	AÑO	HORA
VALIDO DESDE:	16	12	24	07:00	VALIDO HASTA:	22	12	24	05:00
REVALIDADO DESDE:					REVALIDADO HASTA:				

CONSTRUCTORA: Narvaez Uribe OBRA: Malecon del Sur - Oriente

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

DESCRIPCIÓN PRECISA DEL TRABAJO A REALIZAR: Corte de Varillas, Corte a placa

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR: pulidora, Cortadora

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	DOMIN
1 [illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]		
2														
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	DOMIN
Valeria Salgado	1003188701	✓		✓		✓		✓		✓		✓		

DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA VALIDÉZ DE ESTE PERMISO

ATS:	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		
SE REQUIERE PRESENCIA DE BRIGADISTA?	✓		OTROS: ¿CUALES?	
SE REQUIERE EQUIPO CONTRA INCENDIO EN EL ÁREA?	✓		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 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 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:

EL TRABAJO HA TERMINADO

EL SITIO Y EL EQUIPO QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS
ESTÁN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y
EN BUEN ESTADO

SI	NO
✓	
✓	
✓	

NOMBRE: Valeria Sa

FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

PERSONALMENTE VERIFIQUE QUE:

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

SI	NO
✓	
✓	
✓	

NOMBRE: Jeanny

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

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

FECHA: 01 | 12 | 24 | 05:00

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