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: | 25 | 11 | 2024 | 07'00 |
| VALIDO HASTA: | 01 | 12 | 2024 | 05:00 |
| 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: Corte de Varillas para bordillos, perforar bordillos

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 Carlos Arrieta | 1042334122 | Carlos | | Carlos | | | | | | | | | | | |
| 2 Oleany ORA | 1041234769 | oleany | | oleany | | oleany | | oleany | | oleany | | oleany | | | |
| 3 de | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 SST | 1000718901 | 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 ☐
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 ☐
ARNÉS 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 | 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:**

| | 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 | ✓ | |

**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: Valeria Salgado
FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

NOMBRE: Oleanys
FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

| ¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA? | SI ✓ | NO | FECHA | 30 | 11 | 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