

**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**

VALIDO DESDE: DIA / MES / AÑO / HORA  
21 / 05 / 2025 / 09:00

VALIDO HASTA: DIA / MES / AÑO / HORA  
25 / 01 / 2025 / 05:00

REVALIDADO DESDE: DIA / MES / AÑO / HORA

REVALIDADO HASTA: DIA / MES / AÑO / HORA

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 de hierro y corte a lapa

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR:

picadora y controladora, extensiones electricas

**EJECUTORES DEL PERMISO DE TRABAJO**

**FIRMA DE CHEQUEO DIARIO TRABAJADORES**

| NOMBRES Y APELLIDOS<br>(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. <u>Oliveros de alba</u>                   | <u>1041042345678</u> | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         |         |                         |
| 2.                                           |                      |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |         |                         |
| 3.                                           |                      |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |         |                         |
| 4.                                           |                      |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |         |                         |
| 5.                                           |                      |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |                |                         |         |                         |
| VERIFICADO POR INSPECTOR SST Y/O COORDINADOR | 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 |
| <u>Salma Salgado</u>                         | <u>100116701</u>     | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         | <u>[Firma]</u> |                         |         |                         |

**DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA VALIDEZ DE ESTE PERMISO**

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

PRECAUCIONES ADICIONALES

SE REQUIERE PRESENCIA DE BRIGADISTA?

SI ☒ N.A ☐

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 | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| <b>HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS</b>                                                                                         |                         |        |           |        |         |        |         |
| 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 están debidamente aterizados 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      |         |
| <b>EQUIPO DE SOLDADURA</b>                                                                                              |                         |        |           |        |         |        |         |
| 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 trabajo este libre de líquidos, 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

NOMBRE:

*Valerio S...*

FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA?

SI

NO

NOMBRE:

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

FECHA:

25

07

2025

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**