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

VALIDO DESDE: DIA 13 / MES 01 / AÑO 24 / HORA 07:00

VALIDO HASTA: DIA 18 / MES 01 / AÑO 24 / HORA 05:00

REVALIDADO DESDE: DIA / MES / AÑO / HORA

REVALIDADO HASTA: DIA / MES / AÑO / HORA

CONSTRUCTORA: Narvaez Uribe

OBRA: Malecon del Sara

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 MÉDICO LABORAL	MARTES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MIÉRCOLES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	JUEVES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	VIERNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	SÁBADO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	DOMINGO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL
1 Oleny de alba	1047347258	oleany		oleany		oleany		oleany		oleany		oleany			
2															
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	DOMINGO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL
Valeria Salgado	1002976301	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 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	✓	
	✓	

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: Valerio S.L.

FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

NOMBRE:

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

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

FECHA 28 | 07 | 25 | 05/2020

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