

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

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

VALIDO HASTA: DIA / MES / AÑO / HORA

REVALIDADO DESDE: DIA / MES / AÑO / HORA

REVALIDADO HASTA: DIA / MES / AÑO / HORA

CONSTRUCTORA: Narvaez Uribe

OBRA: Malecón del Sur-oeste

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 MEDICO LABORAL	MARTES	CONCEPTO MEDICO LABORAL	MIÉRCOLES	CONCEPTO MEDICO LABORAL	JUEVES	CONCEPTO MEDICO LABORAL	VIERNES	CONCEPTO MEDICO LABORAL	SÁBADO	CONCEPTO MEDICO LABORAL	DOMIN
1. <u>Manuel Carpe</u>		<u>Indi</u>												
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
<u>Valerio Sol.</u>	<u>700251870126131</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:
TELÉFONO 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 ☐

CONVENCIONES	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
	C	N.C.	N.A.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

ITEMS

LISTA DE CHEQUEO DIARIA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
-------	--------	-----------	--------	---------	--------	---------

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS

- El trabajador tiene sus elementos de protección personal completos y los utiliza correctamente durante el trabajo?
- El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad?
- El trabajador fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad?
- Se verifican preparaciones de los equipos y herramientas a utilizar?
- Las herramientas con motor y/o equipos están debidamente aterrizados con cables y conexiones eléctricas adecuadas?
- Se verifica la explosividad del área?
- El área de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial?

EQUIPO DE SOLDADURA

- El trabajador tiene sus elementos de protección personal completos y los utiliza correctamente durante el trabajo?
- El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad?
- Existe un extintor de 10lbs mínimo cerca?
- El trabajador verifica que su área de trabajo este libre de líquidos, inflamables y combustibles?
- Se verifican preparaciones del equipo de soldadura?
- El área de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial?
- El área de trabajo esta libre de humedad y lluvia?
- Se verifica delimitación y señalización del área de trabajo?

PERSONALMENTE DECLARO QUE:

EL TRABAJO HA TERMINADO
EL SITIO Y EL EQUIPO QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS
ESTAN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y EN BUEN ESTADO

NOMBRE: Nalria Sot.
FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA? SI ☒ NO ☐

TERMINACIÓN DEL TRABAJO Y CIERRE DEL PERMISO

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

SI	NO
☒	☐
☒	☐
☒	☐

NOMBRE: [Firma]
FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

FECH: 28 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