

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
07 / 01 / 2025 / 07:00

VALIDO HASTA: DIA / MES / AÑO / HORA
12 / 07 / 2025 / 07:00

REVALIDADO DESDE: DIA / MES / AÑO / HORA

REVALIDADO HASTA: DIA / MES / AÑO / HORA

CONSTRUCTORA: Narvaez Uribe

OBRA: Mallones del sur-oiente

PERMISO PARA EQUIPO DE SOLDADURA ☐

PERMISO PARA USO DE HERRAMIENTAS CON MOTOR ☒

DESCRIPCIÓN PRECISA DEL TRABAJO A REALIZAR:

Corte de varillas de acero y hierro

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR:

Tronchador y pulidoras, Cartera 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	DOMIN
1. <u>Roberto de Alba</u>	<u>1007342269</u>			<u>Roberto</u>		<u>Roberto</u>		<u>Roberto</u>		<u>Roberto</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	DOMIN
<u>Valerio Srt.</u>	<u>1007342269</u>			<u>Valerio</u>		<u>Valerio</u>		<u>Valerio</u>		<u>Valerio</u>				

DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA VALIDEZ DE ESTE PERMISO

ATS: SI ☒
NO ☐

PT. MANEJO SUSTANCIAS QUÍMICAS ☐

PT. TRABAJO EN CALIENTE ☒

PT. TRABAJO EN EXCAVACIONES ☐

PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTAS ☒

PRECAUCIONES ADICIONALES

PREOPERACIONAL DE EQUIPOS ☒

OTRO: ¿Cuál?

SE REQUIERE PRESENCIA DE BRIGADISTA?

SI ☒ N.A. ☐

SE REQUIERE EQUIPO CONTRA INCENDIO EN EL AREA?

SI ☒ N.A. ☐

OTROS: ¿CUALES?

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

TELÉFONO CONTACTO:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS 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 ☐

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

ITEMS

LISTA DE CHEQUEO DIARIA

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS

- El trabajador tiene sus elementos de protección persona 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 preoperacionales de los equipos y herramientas a utilizar ?
- Las herramientas con motor y/o equipos están debidamente aterrizados con cables y conexiones eléctricas adecuadas ?
- Se verificó 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 persona 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 verifica preoperacional 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 verificó delimitación y señalización del área de trabajo ?

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:

Galerio SP
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

NOMBRE:

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

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

FECH

SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

SI

2024

05:00

PERMISO SUSPENDIDO DEBIDO A:

FECHA

DD	MM	AAA	MORA
----	----	-----	------

FIRMA QUIEN SUSPENDE EL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA QUIEN EJECUTA EL TRABAJO (Ejecutante)

OBSERVACIONES GENERALES