Soluciones Concretas

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

HUI - 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 una nueva
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:	10	02	25	07:00
VALIDO HASTA:	15	02	2025	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:

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	DOMINGO	CONCEPTO MEDICO LABORAL
1 Oleavs de Mba				Oleavs		Oleavs									
2															
3															
4															
5															

VERIFICADO POR INSPECTOR SST VIO 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 Salgado	1001918901			VoBo		VoBo									

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 ☐

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		ESLINGA CON AMORTIGUADOR 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	NC	NA

ITEMS	LISTA DE CHEQUEO DIARIA						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS							
1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección personal completos y los utiliza correctamente durante el trabajo ?		C	C				
2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ?		C	C				
3.¿ El trabajador fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad ?		C	C				
4. ¿ se verifican preoperacionales de los equipos y herramientas a utilizar ?		C	C				
5. ¿ Las herramientas con motor y/o equipos estan debidamente aterrizados con cables y conexiones electricas adecuadas ?		C	C				
6. ¿ Se verifico la explosividad del area ?		C	C				
7. ¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ?		C	C				
EQUIPO DE SOLDADURA							
1.¿ El trabajador tiene sus elementos de protección personal 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 mínimo cerca ?							
4. ¿ El trabajador verifica que su area de trabajo esta 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 verifica 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 S H.

FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

NOMBRE:

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

¿SE CIERRA EL PERMISO DE LA SEMANA?	SI	NO	FECHA	DD	MM	AÑO	HORA
	✓			16	02	25	

SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

PERMISO SUSPENDIDO DEBIDO A:

FECHA	DD	MM	AÑO	HORA

FIRMA QUIEN SUSPENDE EL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA QUIEN EJECUTA EL TRABAJO (Ejecutante)

OBSERVACIONES GENERALES