NARVAEZ URIBE INGENIERIA 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**

| | DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|
| VALIDO DESDE: | 27 | 01 | 2021 | 07:00 |
| VALIDO HASTA: | 01 | 02 | 2021 | 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: Corte de varillas, corte a lura, extensiones electras

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR: pulidora, soldadora

**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 Oleans de Alba | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 1045716901 | | | | | | | | | | | | | | |

**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 INCÉNDIO 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 ? | | | | | | | |
| 2.¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ? | | | | | | | |
| 3.¿ El trabajador fue instruido previamente al trabajo sobre los riesgos potenciales de la actividad ? | | | | | | | |
| 4. ¿ se verifican precperacionales de los equipos y herramientas a utilizar ? | | | | | | | |
| 6. ¿ Las herramientas con motor y/o equipos estan debidamente aterrizados con cables y conexiones electricas adecuadas ? | | | | | | | |
| 6. ¿ Se verifico la explosividad del area ? | | | | | | | |
| 7. ¿ El area de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ? | | | | | | | |
| **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 mínimo cerca ? | | | | | | | |
| 4. ¿ El trabajador verifica que su area de trabajo 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 | ✓ | |

NOMBRE: Valentín S.M.

FIRMA QUIEN RECIBE EL TRABAJO

**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:

FIRMA QUIEN EJECUTO EL TRABAJO

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

FECHA: DD 01 | MM 02 | AAA 2025 | HORA 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