LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 02-02 2024

La actividad se realizará cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmendaduras

CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CALI VALLE DEL CAUCA, 23 SEPTIEMBRE AL 28 DE SEPTIEMBRE	PROYECTO:	ALOJAMIENTO DE CADETES	SITIO DE TRABAJO:	BASE AEREA MARCO FIDEL SUAREZ

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo - **AST** es causal para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS**

Nombre del solicitante del permiso (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor)	JHON EDGAR REYES TALERO	**Cargo:**	PROFESIONAL SISOMA

Descripción del trabajo a realizar:	TRABAJO EN ALTURAS	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	3mts.

Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	EQUIPO DE ALTURAS - EPP						
Lugar específico de la ejecución:	SOBRE FORMALETA	**Actividad Rutinaria:**	**SI**	X	**NO**		
Tiempo estimado de duración:	8 HORAS	**Condiciones atmosféricas generales:**	**ESTABLES - NORMALES**				

PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)

Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

NOMBRE	# IDENTIFICACIÓN	TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA)	ROL				ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO)													FIRMA
		SI / NO / NA	Coordinador de Alturas (operativo/campo)	Ayudante de Seguridad Alturas	Brigadista para rescate en alturas		Casco dieléctrico con barbiquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo línea de vida)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o amortiguador de caída (para línea vertical)	Descendedor	Mosquetones	Líneas o bloqueo autoretractil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
JAIRO VILLAMIZAR	84034825	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Jairo Villamizar
JHON EDGAR REYES TALERO	94503184	SI	SI	SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Jhon Edgar Reyes T.
CESAR ALEJANDRO RUALES	1062857794	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Cesar Rua les
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1087422363	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Luis Eduardo Aguirre
MIGUEL FELIPE RIOS	1111793175	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Miguel Felipe Rios
LUIS ALBERTO ARBOLEDA	12915796	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72055788	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Sergio.
DAVID DE LOS RIOS	72283928	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ERMY ORTIZ	1193201091	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAMINTON ANGULO	14471611	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Jaminton.
OSCAR SINISTERRA	16488518	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Oscar S.
YINNER JAVIER CASTILLO	1111776389	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Yinner Javier C.
GABRIEL ANDRES DE LOS RIOS	1097463806	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Gabriel Andres De Los Rios
EULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1192918079	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Eulices Junior
NELSON HURATDO	16845139	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Nelson H.
JAIRO ANDRES MARINTEZ OROZCO	91355161	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDWIN GIOVANY ACHICANOY ACHICANOY	12750458	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Juan Fernando	16936507	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Juan Fernando
Brayan.	1.107.08.600	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Brayan
		SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	

Observaciones, inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 08239-08-2017

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 02-02-2024

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado

CRITERIO	SI	NO	NA	CRITERIO	SI	NO	NA	CRITERIO	SI	NO	NA
El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud	X			Se cuenta con controles para caída de objetos en el área?	X			Plataformas de trabajo están limpias libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas)	X			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo?	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	X		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo	X			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	X			Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica, etc.) seguras?	X		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ?	X			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	X			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	X		
Los puntos ó sistemas de anclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias min. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)?	X			Verifico si hay presencia de panales, avispas, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo).	X		
				El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes.	X		
Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado al total de ejecutores en la charla preoperacional?	X			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor,	X			La iluminación es adecuada para la actividad?	X		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultaneas y riesgos asociados ?	X			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (lineas eléctricas, tormentas, otros?	X			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	X		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	X			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	X			Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		X	

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algun item: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

Cuando no cumpla algun item individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:

Tipo de trabajo:

Escriba SI ó NO:	Existe ingreso a zona peligro de caida de objetos? SI	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? NO	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos: Equipos TSA.

Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica

Señalización: caída personas/objetos	Delimitación/ Líneas de advertencia	Barandas con rodapié/malla para objetos	Tapas para huecos (Taper cajas, otros)	Manejo de desniveles (superficie irregular)	Control de acceso (vigilantes de seguridad, puertas,	Portaherramienta s y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							
X	X					X	X

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ___ NO ___ (De acuerdo a las alturas y equipos)

Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

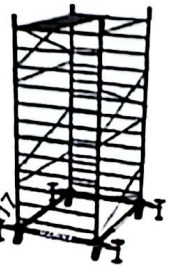
Describa, ilustre el RC en sus componentes.

VARIABLE	INGRESE VALORES
A: Altura del trabajador	
B: Longitud de la eslinga	
C: Adsorvedor de choque	
E: Factor de seguridad	
D: Distancia de caida	
F=Distancia de Caida libre	

ELEMENTOS	SI	NO
*Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retráctil		X
*Kit línea de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor		X
*Kit línea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje)	X	
*Andamios (colgantes, tubulares)	X	
Casco tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico u otros)	X	
Protección auditiva	X	
Protección visual	X	
Protección respiratoria		X
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X







Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 0239-08-2017

Otras medidas de prevención colectiva:

Equipo de emergencias y rescate: Camilla Rigida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquin X Kit de rescate ___ otro ___

¿cual? _____

Sistemas de acceso certificados Plataformas / Andamios ____Escaleras de extención _____Escaleras tipo gato(torre grua)____Equipos de elevación_____Acceso por cuerdas ____. Otro tipo de acceso: Escalera

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 02-02 2024

Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presente óxido, grietas, que no se mueva, que resistan 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (stop y freno) e instaló líneas de vida de ascenso descenso y de rescate (en cuerda y en buen estado)	NA	Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa?	SI	Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje?	SI

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:

VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS. He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (DD-MM-AA)		VALIDEZ (Horas)		Trabajador designado con el ROL de RESPONSABLE ACTIVIDAD		Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS	
		Desde	Hasta	NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA
Desde	23 09 2024	7:00 am	6:00 pm	Jhon Edgar Reyes Tellez		Jhon Edgar Reyes Tellez	
Hasta	28 09 2024			C.C.: 94503184.		C.C.: 94503184.	

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área)				Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo)			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	X			El área queda limpia y sin residuos?	X		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			Se han presentado accidentes y/o incidentes?		X	N.A
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales	X			Se termina la actividad programada?	X		
Otros		X		Suspensión del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA:*	C.C.:			NOMBRE Y FIRMA :	C.C.:		

VALIDACIÓN DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO: en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

Fecha			Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones)			Se mantienen las condiciones iniciales		Validación del Permiso		Descripción de la modificación de condiciones iniciales
DD	MM	AAAA	Nombre	Cargo/Rol	Cédula	SI	No	SI	No	
										N.A

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 0622B-08-2017

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 02-02 2024

La actividad se realizará cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmedaduras.

CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CALI VALLE DEL CAUCA, 016 SEPTIEMBRE AL 21 DE SEPTIEMBRE	**PROYECTO:**	ALOJAMIENTO DE CADETES	**SITIO DE TRABAJO:**	BASE AEREA MARCO FIDEL SUAREZ

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo - **AST** es causal para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS**

Nombre del solicitante del permiso (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor)	JHON EDGAR REYES TALERO	**Cargo:**	PROFESIONAL SISOMA
Descripción del trabajo a realizar:	**TRABAJO EN ALTURAS**	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	4 mts
Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	**EQUIPO DE ALTURAS - EPP**		
Lugar especifico de la ejecución:	SOBRE FORMALETA	**Actividad Rutinaria:**	**SI** ☐ **NO** ☐
Tiempo estimado de duración:	8 HORAS	**Condiciones atmosféricas generales:**	**ESTABLES - NORMALES**

PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)

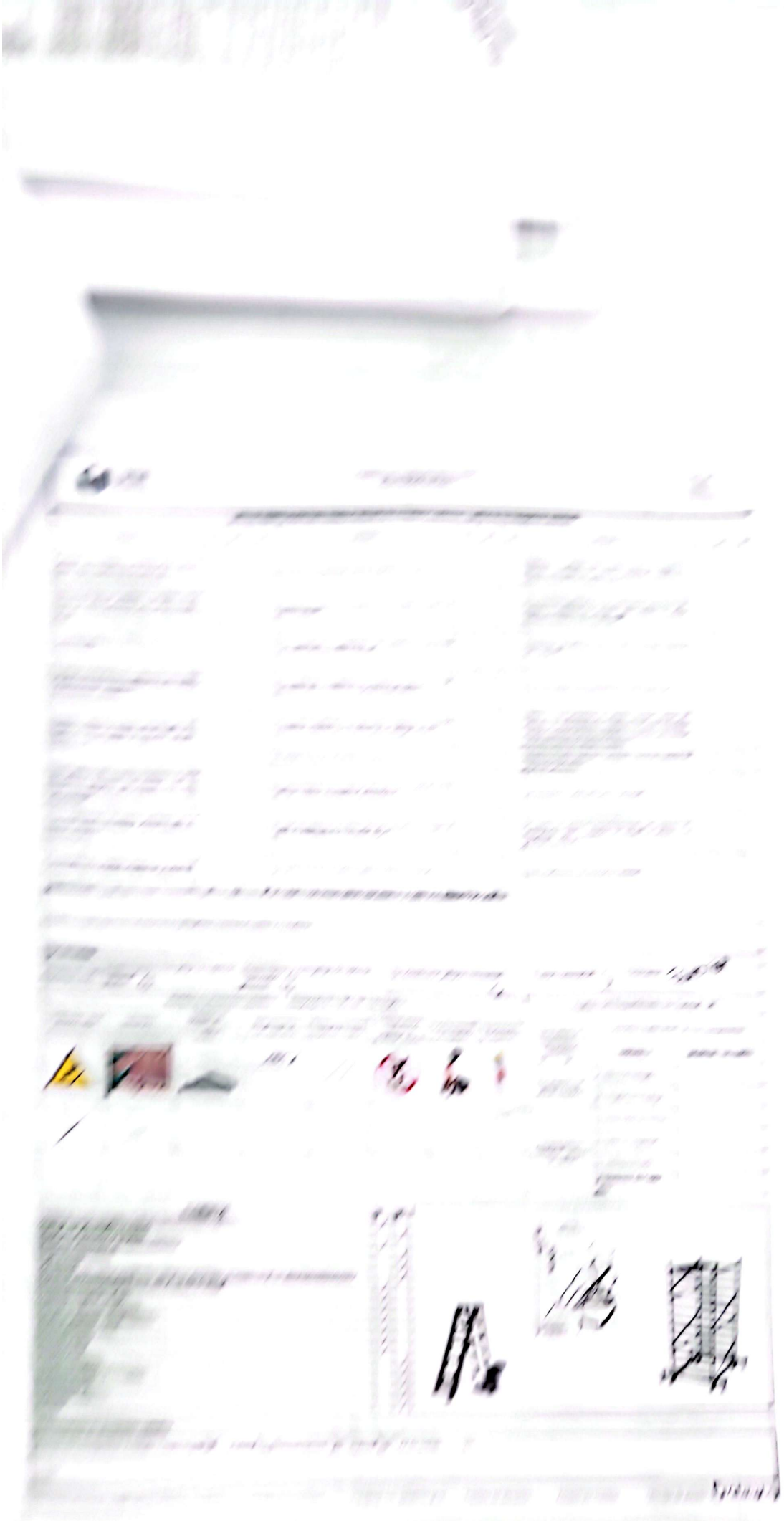
Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

NOMBRE	# IDENTIFICACIÓN	TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO T&A)	ROL				ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO)															FIRMA
		SI / NO / NA	Coordinador de Alturas (operativo/campo)	Ayudante de Seguridad Alturas	Brigadista para rescate en alturas		Casco dieléctrico, con barbuquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo lee go)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o arrestador de caída (para línea vertical)	Descendedor	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
JAIRO VILLAMIZAR	84034826	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JHON EDGAR REYES TALERO	94503184	SI	SI	SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
CESAR ALEJANDRO RUALES	1062657784	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1087422363	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
MIGUEL FELIPE RIOS	1111783175	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS ALBERTO ARBOLEDA	12915786	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72055786	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DAVID DE LOS RIOS	72283928	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ERMY ORTIZ	1193291091	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIMITON ANGULO	14471511	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
OSCAR SINISTERRA	16488518	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
YINNER JAVER CASTILLO	1111770389	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
GABRIEL ANDRES DE LOS RIOS	1007463806	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EULICES JUNIOR VALENCIA ORTIZ	1192918079	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON MURATDO	16845139	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIRO ANDRES MARINTEZ OROZCO	91358181	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDUIN GIOVANY ACHICANOY ACHICANOY	12756458	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Rodolfo M	1143418	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Carlos Rivas	1076344118	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Ronny Yoscar	1076322078	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Jesus Y. Bty	1076370111	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Jan Fernandez	16936507	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Brayan	1076049600	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

Jhon Edgar Reyes Talero
INGENIERO INDUSTRIAL SST
ESPECIALISTA SST
Resolución 05239-08-2017

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST 080 Versión 01 02-02-2024

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado

CRITERIO	SI	NO	NA	CRITERIO	SI	NO	NA	CRITERIO	SI	NO	NA
El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud	X			Se cuenta con controles para caída de objetos en el área?	X			Plataformas de trabajo están limpias libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas)	X			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo?	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	X		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo	X			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	X			Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica etc.) segura?	X		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ?	X			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	X			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	X		
Los puntos ó sistemas de anclaje verificados para cada trabajador cumplen con resistencias mín. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc.	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)?	X			Verifico si hay presencia de panales, avispas, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo).	X		
				El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes.	X		
Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado al total de ejecutores en la charla preoperacional?	X			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor.	X			La iluminación es adecuada para la actividad?	X		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ?	X			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (líneas eléctricas, tormentas, otros?	X			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	X		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	X			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	X			Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		X	

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

Cuando no cumpla algún ítem individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:

Tipo de trabajo:

Escriba SI ó NO:	Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? 4	Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? 4	Se identificaron peligros inminentes? ___ Fueron controlados? SI Enúncielos: Izaje TSA

Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica

Señalización: caída personas/objetos	Delimitación/ Línea de advertencia	Barandas con rodapié/malla para objetos	Tapas para huecos (Tapar cajas, otros)	Manejo de desniveles (superficie irregular)	Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas,	Portaherramientas y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							
X	X						X

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ___ NO___

(De acuerdo a las alturas y equipos)

Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

Describa, ilustre el RC en sus componentes:

VARIABLE	INGRESE VALORES
A: Altura del trabajador	
B: Longitud de la eslinga	
C: Adsorvedor de choque	
E: Factor de seguridad	
D: Distancia de caída	
F=Distancia de Caída libre	

ELEMENTOS	SI	NO
*Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retractil		X
*kit linea de vida vertical portatil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
*Kit linea de vida horizontal (línea de vida y 2 bandas de anclaje)	X	
*Andamios (colgantes, tubular)	X	
Casco tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico u otros)	X	
Protección auditiva	X	
Protección visual	X	
Protección respiratoria		X
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X







Otras medidas de prevención colectiva:

Equipo de emergencias y rescate: Camilla Rígida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquín X Kit de rescate ___ otro ___

¿cual?_____

Sistemas de acceso certificados: Plataformas / Andamios : ____Escaleras de extención _____Escaleras tipo gato(torre grua)____Equipos de elevación_____Acceso por cuerdas ____, Otro tipo de acceso: Escaleras

Powered by CamScanner

LAM

PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS
RESOLUCIÓN 4272/2021

SST-080
Versión: 01
02-02-2024

Las anclas de seguridad estándar en el lugar que se presente cada, garantiz que no se muevan con mínimo 5000 LB mínimo, tener conocimiento de cuanto ( ) libre y evitar) tirajo de vida de personas/herramientas, y de evitar ser cuerda y en buen estado	X	Realizo la protección de las cuerdas en los bordes de la placa?	X	Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje?	31

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem

VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo

FECHA DILIGENCIADA	VALIDEZ (Horas)		Trabajador designado con el ROL de **RESPONSABLE ACTIVIDAD**		Trabajador designado con el ROL de **COORDINADOR DE ALTURAS**	
	Desde	Hasta	NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA
Desde 16 4 2024	700 AM	600 PM	Jhon Edyer Reyes		Jhon Edyer Reyes	
Hasta 21 4 2024			CC 94503184		CC 94503184	

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área)				Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo)			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	X			El área queda limpia y sin residuos?	X		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			Se han presentado accidentes y/o incidentes?		X	
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales	X			Se termina la actividad programada?	X		
Otros		X		Suspensión del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA	Jhon Edyer Reyes CC 94503184			NOMBRE Y FIRMA :	Jhon Edyer Reyes C.C: 94503184		

VALIDACION DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo) Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso

Fecha	Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones)			Se mantienen las condiciones iniciales		Validacion del Permiso		Descripción de la modificacion de condiciones iniciales
DD MM AAAA	Nombre	Cargo/Rol	Cedula	SI	No	SI	No	

Jhon Edyer Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 09230-08-2017

Powered by CamScanner

LAM	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST 080 Versión 01 02-02-2024

La actividad se realizara cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmendaduras

CIUDAD/DEPARTAMENTO	CALI VALLE DEL CAUCA, 09 SEPTIEMBRE AL 14 DE SEPTIEMBRE	PROYECTO	ALOJAMIENTO DE CADETES	SITIO DE TRABAJO	BASE AEREA MARCO FIDEL SUAREZ

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo **AST** es casual para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS**

Nombre del solicitante del permiso (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor)	JHON EDGAR REYES TALERO	Cargo:	PROFESIONAL SISOMA
Descripción del trabajo a realizar	TRABAJO EN ALTURAS	Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)	UNO
Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones	EQUIPO DE ALTURAS - EPP		
Lugar específico de la ejecución	SOBRE FORMALETA	Actividad Rutinaria: SI	NO
Tiempo estimado de duración	8 HORAS	Condiciones atmosféricas generales:	ESTABLES - NORMALES

PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)

Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) segun corresponda

NOMBRE	# IDENTIFICACIÓN	TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA)	ROL			ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO)														FIRMA
		SI / NO / NA	Coordinador de Alturas (operativo/campo)	Vigilante de Seguridad, Alturas	Brigadista para rescate en alturas	Casco dieléctrico con barbuquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para sistemas de detención (absorbedor o en "Y"	Conectores de mosquetón/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo línea vida)	Kit Líneas de vida verticales	Freno o arrestador de caída (para línea vertical)	Descensador	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretractil	Kit Líneas de vida horizontales	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
JAIRO VILLAMIZAR	94514626	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JHON EDGAR REYES TALERO	94503184	SI	SI	SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
CESAR ALEJANDRO RUALES	1052567764	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1007422363	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
MIGUEL FELIPE RIOS	1111753175	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
LUIS ALBERTO ARBOLEDA	12515755	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
SERGIO MANUEL ALTAMIRANDA	72555755	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DAVID DE LOS RIOS	72252525	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
ERNIT ORTIZ	1152251651	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JAIRITCH ARGULO	1457511	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
OSCAR BONETERRA	16455515	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
TOMAS XAVIER CASTILLO	1111775555	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
GABRIEL ARCHES DE LOS RIOS	1007555555	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
DIEGO JORGE VALENCIA ORTIZ	1152515575	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
NELSON HURTADO	16545135	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
TOMATAN MOSQUERA	1151107151	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
JUAN ANDRES BARRIOS OROZCO	01255151	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
EDGAR GUSTAVO ACHICANOY ACHICANOY	12756455	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
[illegible]	1.151.455.101	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
[illegible]	1.037.[illegible]	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Danny Yoshua	1077152709	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Jesus Felipe	1077523511	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Jhon Fernandez	1143650?	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Brayan Figueroa	1107[illegible]600	SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
		SI		SI		SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	

(Observaciones, inclusión de otros EPP o equipos complementarios)

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	**PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS** **RESOLUCIÓN 4272/2021**	SST-080 Versión 01 02-02 2024

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado

CRITERIO	SI	NO	NA	CRITERIO	SI	NO	NA	CRITERIO	SI	NO	NA
El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud	X			Se cuenta con controles para caída de objetos en el área?	X			Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas)	X			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo?	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	X		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo	X			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	X			Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica etc.) segura?	X		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ?	X			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	X			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	X		
Los puntos ó sistemas de anclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias mín. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc.	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)?	X			Verifico si hay presencia de panales, avispes, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo).	X		
				El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes.	X		
Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado al total de ejecutores en la charla preoperacional?	X			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor.	X			La iluminación es adecuada para la actividad?	X		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ?	X			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (líneas eléctricas, tormentas, otros?	X			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	X		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	X			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	X			Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		X	

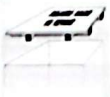
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algun item: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

Cuando no cumpla algun item individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:

Tipo de trabajo:

Escriba SI ó NO:	Existe ingreso a zona peligro de caida de objetos? SI	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? SI	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos: EQUOSTA

Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica

Señalización: caida personas/objetos	Delimitación/ Linea de advertencia	Barandas con rodapié/malla para objetos	Tapas para huecos (Tapar cajas, otros)	Manejo de desniveles (superficie irregular)	Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas	Portaherramienta s y/o sujetador	Vigia (Ayudante de Seguridad)
							
X	X						X

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ___ NO ___

(De acuerdo a las alturas y equipos)

Describa, ilustre el RC en sus componentes:

VARIABLE	INGRESE VALORES
A: Altura del trabajador	
B: Longitud de la eslinga	
C: Adsorvedor de choque	
E: Factor de seguridad	
D: Distancia de caida	
F=Distancia de Caida libre	

Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

ELEMENTOS	SI	NO
*Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retráctil		X
*Kit linea de vida vertical portatil (linea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
*Kit linea de vida horizontal (linea de vida y 2 bandas de anclaje)	X	
*Andamios (colgantes, tubular)	X	
Casco tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico u otros)	X	
Protección auditiva	X	
Protección visual	X	
Protección respiratoria		X
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X







Otras medidas de prevención colectiva:

Equipo de emergencias y rescate: Camilla Rigida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquin X Kit de rescate ___, otro ___

¿cual?_____

Sistemas de acceso certificados: Plataformas / Andamios : ____, Escaleras de extención ____, Escaleras tipo gato(torre grua)____, Equipos de elevación____, Acceso por cuerdas ____, Otro tipo de acceso:___

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 02-02 2024

Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presente óxido, grietas, que no se mueva, que resistan 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (, stop y freno) e instaló líneas de vida, de ascenso-descenso, y de rescate (en cuerda y en buen estado).	NA	Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa?	SI	Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje?	SI

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:

VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS: He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los nesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (DD-MM-AA)				VALIDEZ (Horas)		Trabajador designado con el ROL de RESPONSABLE ACTIVIDAD			Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS	
				Desde	Hasta	NOMBRE	FIRMA		NOMBRE	FIRMA
Desde	09	09	2024	700	600				Thon Edgar Reyes	
Hasta	14	09	2024	AM.	PM	C.C.: 94503184			C.C.: 94503184	

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área)				Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo)			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	X			El área queda limpia y sin residuos?	X		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			Se han presentado accidentes y/o incidentes?		X	
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales	X			Se termina la actividad programada?	X		
Otros				Suspensión del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA: Thon Reyes C.C.:				NOMBRE Y FIRMA : Thon Edgar Reyes C.C.:			

VALIDACIÓN DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO: en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

Fecha			Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones)			Se mantienen las condiciones iniciales		Validación del Permiso		Descripción de la modificación de condiciones iniciales
DD	MM	AAAA	Nombre	Cargo/Rol	Cédula	SI	No	SI	No	

N.A.

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 02-02 2024

La actividad se realizara cuando se hayan verificado las condiciones de seguridad, diligenciado en su totalidad el permiso y esté firmado por los **trabajadores autorizados** y por quien hace el rol de Coordinador de Alturas (operativo o de campo). No debe tener tachaduras o enmedaduras.

CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CALI VALLE DEL CAUCA, 2 SEPTIEMBRE AL 7 DE SEPTIEMBRE	PROYECTO:	ALOJAMIENTO DE CADETES	SITIO DE TRABAJO:	BASE AEREA MARCO FIDEL SUAREZ

1. El no llenar este permiso de trabajo seguro y Análisis Seguro de Trabajo - **AST** es casual para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica únicamente para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS**.

Nombre del solicitante del permiso (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor)	JHON EDGAR REYES TALERO	**Cargo:**	PROFESIONAL SISOMA
Descripción del trabajo a realizar:	**TRABAJO EN ALTURAS**	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	4MTS.
Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	**EQUIPO DE ALTURAS - EPP**		
Lugar específico de la ejecución:	SOBRE FORMALETA	**Actividad Rutinaria:**	**SI** ☐ **NO** ☐
Tiempo estimado de duración:	8 HORAS	**Condiciones atmosféricas generales:**	**ESTABLES - NORMALES**

PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)

Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

NOMBRE	# IDENTIFICACIÓN	TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA)	ROL				ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO)														FIRMA
		SI / NO / NA	Coordinador de Alturas (operativo/campo)	Ayudante de Seguridad Alturas	Brigadista para rescate en alturas		Casco dieléctrico con barbuquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclaje (tipo línea de vida)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o arrestador de caída (para líneas verticales)	Descendedor	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
JAIRO VILLAMIZAR	84034826	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Jairo V.
JHON EDGAR REYES TALERO	94503184	SI	SI	SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Jhon Reyes
CESAR ALEJANDRO RUALES	1082657784	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Cesar Ruales
LUIS EDUARDO AGUIRRE	1087422363	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
MIGUEL FELIPE RIOS	1111783175	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Miguel Felipe
JAMINTON ANGULO	14471511	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	JAMINTON
RODOLFO MONTIEL	1151458102	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	
Joan Fernandez	1643650?	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Joan Fernandez
Brayan Figueroa	1.107098600	SI		SI			SI	SI	SI	SI						N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	Brayan Figueroa

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 0230-05-2017

Observaciones; Inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	**PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS** **RESOLUCIÓN 4272/2021**	SST-080 Versión 01 02-02 2024

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS /Condiciones y aptitud de los trabajadores autorizado

CRITERIO	SI	NO	NA	CRITERIO	SI	NO	NA	CRITERIO	SI	NO	NA
El personal que realizará la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar la tarea ? Auto reporte de condiciones de salud	X			Se cuenta con controles para caida de objetos en el área?	X			Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen médico apto en alturas)	X			Se cuenta con ayudante de segundad como medida de control en área de trabajo?	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	X		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y ecorde al riesgo	X			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	X			Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica, etc.) segura?	X		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ?	X			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	X			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	X		
Los puntos ó sistemas de anclaje verificados para cada trabajador, cumplen con resistencias min. (5000 Lbs para restricción, o para trabajo en superficie verticales y horizontal etc	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)?	X			Verifico si hay presencia de panales, avispes, abejas y/o animales en descomposición (cualquiera de estas novedades se debe reportar de forma inmediata al supervisor para evaluar la situación antes de realizar el trabajo).	X		
				El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes.	X		
Cuando aplica el AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), está firmado y socializado el total de ejecutores en la charla preoperacional?	X			Se realiza inspección de equipos de protección contra caidas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor.	X			La iluminación es adecuada para la actividad?	X		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Criticas simultáneas y riesgos asociados ?	X			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (lineas eléctricas, tormentas, otros?	X			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	X		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	X			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	X			Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		X	

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún item: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

Cuando no cumpla algún item individual de los trabajadores mencione el nombre y la condición:

Tipo de trabajo:

Escriba SI ó NO:	Existe ingreso a zona peligro de caida de objetos? NA	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? NA	Se identificaron peligros inminentes? NO Fueron controlados? SI Enúncielos: CABLES TDA

Medidas de prevención colectiva / Responda SI o NO; NA = No Aplica

Señalización: caida personas/objetos	Delimitación/ Linea de advertencia	Barandas con rodapié/malla para objetos	Tapas para huecos (Tapar cajas, otros)	Manejo de desniveles (superficie irregular)	Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas,	Portaherramienta s y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI NO (De acuerdo a las alturas y equipos)	Describa, ilustre el RC en sus componentes:	
	VARIABLE	**INGRESE VALORES**
	A: Altura del trabajador	
	B: Longitud de la eslinga	
Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):	C: Adsorvedor de choque	
	E: Factor de seguridad	
	D: Distancia de caida	
	F=Distancia de Caída libre	

ELEMENTOS	SI	NO
*Arnés de cuerpo completo (Certificado Bajo Norma ANSI Z 359-11)	X	
Eslinga con absorbedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dielectrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talon Retractil		X
*Kit linea de vida vertical portatil (linea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor,		X
*Kit linea de vida horizontal (linea de vida y 2 bandas de anclaje)	X	
*Andamios (colgantes, tubular)	X	
Casco tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico u otros)	X	
Protección auditiva	X	
Protección visual	X	
Protección respiratoria		X
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X







JHON EDISON RIVERA M.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 0428 08-2017

Otras medidas de prevención colectiva:

Equipo de emergencias y rescate: Camilla Rigida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquin X Kit de rescate ___ otro ___

¿cual?_____

Sistemas de acceso certificados: Plataformas / Andamios : ____Escaleras de extención _____Escaleras tipo gato(torre grua)____Equipos de elevación_____Acceso por cuerdas ____. Otro tipo de acceso:___

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 02-02 2024

Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presente óxido, grietas, que no se mueva, que resistan 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (, stop y freno) e instaló líneas de vida, de ascenso-descenso, y de rescate (en cuerda y en buen estado)	HA	Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa?	SI	Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje?	

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:

VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO

Como trabajador con el ROL de COORDINADOR ALTURAS. He **revisado y verificado** en campo con el responsable de la actividad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (DD-MM-AA)				VALIDEZ (Horas)		Trabajador designado con el ROL de RESPONSABLE ACTIVIDAD			Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS	
				Desde	Hasta	NOMBRE	FIRMA		NOMBRE	FIRMA
Desde	2	9	2024	700	600	Jhon Edgar Reyes T			Jhon Edgar Reyes T	
Hasta	7	9	2024	AM	PM	C.C.: 94503184			C.C.: 94503184.	

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área)				Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo)			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	✓			El área queda limpia y sin residuos?	✓		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	✓			Se han presentado accidentes y/o incidentes?		✓	
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales	✓			Se termina la actividad programada?	✓		
Otros				Suspensión del permiso de trabajo?		✓	
NOMBRE Y FIRMA: C.C.:				NOMBRE Y FIRMA :	Jhon Edgar Reyes T. C.C.:		

VALIDACIÓN DIARIA/TURNO DEL PERMISO DE TRABAJO: en caso que la actividad a realizar sea repetitiva y se desarrolle por un periodo de tiempo mayor a un día o turno, aunque será máximo por 7 días continuos de lunes a domingo (Todos los lunes se inicia con un nuevo permiso de trabajo). Aunque si las condiciones cambian, ocurre un accidente de trabajo y a criterio del Líder encargado y COORDINADOR ALTURAS determine cerrar y abrir otro permiso.

Fecha			Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo) (Máximo 6 validaciones)			Se mantienen las condiciones iniciales		Validación del Permiso		Descripción de la modificación de condiciones iniciales
DD	MM	AAAA	Nombre	Cargo/Rol	Cédula	SI	No	SI	No	

Jhon Edgar Reyes T.
INGENIERO INDUSTRIAL
ESPECIALISTA SST
Resolución 08239-08-2017

Powered by CamScanner