Soluciones Concretas

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

NUI - GST - FOR - 044	
VERSION 2	
Fecha: 16/02/2021	
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 otorgó 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 10 / MES 03 / AÑO 2023 / HORA 09:00

VALIDO HASTA: DIA 15 / MES 03 / AÑO 2023 / HORA 05:00

REVALIDADO DESDE: DIA / MES / AÑO / HORA

REVALIDADO HASTA: DIA / MES / AÑO / HORA

CONSTRUCTORA: Narvaez Uribe

OBRA: Malecon del sur - oriente

PERMISO PARA EQUIPO DE SOLDADURA ☐

PERMISO PARA USO DE HERRAMIENTAS CON MOTOR ☐

DESCRIPCIÓN PRECISA DEL TRABAJO A REALIZAR: Corte de Varillas

HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES A UTILIZAR: pulidora

EJECUTORES DEL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA DE CHEQUEO DIARIO TRABAJADORES

NOMBRES Y APELLIDOS (Ejecutores)	CÉDULA	LUNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MARTES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MIERCOLES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	JUEVES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	VIERNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	SÁBADO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	DOMINGO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL
1 Oliver de alba	1012316769	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			
2 Manuel Coppa	1104009411			[signature]		[signature]									
3 Carlos Contreras	79857857														
4															
5															
VERIFICADO POR INSPECTOR SST Y/O COORDINADOR	CEDULA	LUNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MARTES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	MIERCOLES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	JUEVES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	VIERNES	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	SÁBADO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL	DOMINGO	CONCEPTO MÉDICO LABORAL
Valeria Salgado	1001916901	Val1		Val1		Val1		Val1		Val1		Val1			

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:

TELEFONO 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 ☐			

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

[illegible]	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA

LISTA DE CHEQUEO DIARIA

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS							
1. ¿ [illegible] herramienta durante el trabajo ?	C	C	C	C	C	C	
2. ¿ El trabajo se realiza [illegible] ?	C	C	C	C	C	C	
3. ¿ El trabajador ha [illegible] ?	C	C	C	C	C	C	
4. ¿ [illegible] ?	C	C	C	C	C	C	
5. ¿ Las herramientas y/o equipos están debidamente aterrizados con cables y conexiones eléctricas adecuadas ?	C	C	C	C	C	C	
6. ¿ Se verifica la seguridad del lugar ?	C	C	C	C	C	C	
7. ¿ El área de trabajo cuenta con buena ventilación natural y/o artificial ?	C	C	C	C	C	C	
EQUIPO DE SOLDADURA							
1. ¿ El trabajador tiene [illegible] ?							
2. ¿ El trabajo se realiza bajo la supervisión del responsable de la actividad ?							
3. ¿ Existe un extintor de 10lbs máximo cerca ?							
4. ¿ El trabajador verifica [illegible] ?							
5. ¿ Se verifica [illegible] ?							
6. ¿ El área de [illegible] ?							
7. ¿ El área de trabajo [illegible] ?							
8. ¿ Se verifica [illegible] ?							

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	✓	
ESTAN LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD HABILITADOS Y EN BUEN ESTADO	✓	

NOMBRE: Valeria Sol.

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 DIURNA?	SI	NO	FECHA	05	03	2025	23:00
	✓						

SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

PERMISO SUSPENDIDO DEBIDO A:

FECHA	DD	MM	AAAA	HORA

FIRMA QUIEN SUSPENDE EL PERMISO DE TRABAJO

FIRMA QUIEN EJECUTA EL TRABAJO (Ejecutante)

OBSERVACIONES GENERALES