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, 1 AL 8 DE MARZO DEL 2025	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)	MIGUEL FELIPE RIOS	Cargo:	RESIDENTE DE OBRA

Descripción del trabajo a realizar:	TRABAJO EN ALTURAS	Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)	
Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	EQUIPO DE ALTURAS - EPP		
Lugar especifico de la ejecución:	EDIFICIO N° 1 EDIFICIO N° 2	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 barbuquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho vía 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	Línea o bloqueo autoretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
Eimy ortiz	1193010081	+		x	+		+	+	+	+														
Faydumir Castro	6097980	+					+	+	+	+														
Jhon Edyw Reyes	94503184	+	+				+	+	+	+														
Victor hugo Sibrik	14468466	x.					x	x	x	x.														
Julio Gilberto Angulo	94505322	x					x	x	x	x.														
Jose bejarano M.	12022019	x					x	x	x	x														
Faydumir Castro.	6097980	x					x	x	x	x														
Yobiel Antonio Hurtado	16773578	x.					x	x	x	x														

Observaciones; inclusion de otros EPP o equipos complementarios:

51

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 realizara la actividad refiere que no presenta ningun 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 segundad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofisica para alturas (vigente como apto o sin restricciones) (Exámen medico 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 requendos 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 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 requendos 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 segundad 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 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 ítem: 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? NO	Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? NO	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos:

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

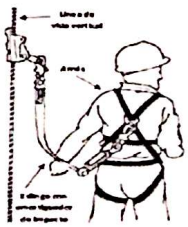
Señalización: caida personas/objetos	Delimitación/ Linea de advertencia	Barandas con rodapié/malla para objetos	Tapas para huecos (Tapar cajas, otros)	Manejo de desniveles (superficie irregular)	Control de acceso (vigilantes de segundad, puertas,	Portaherramientas y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Segundad)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

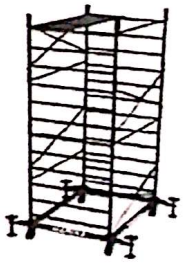
Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

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	
Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):	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 dielectrica	X	
Eslinga de Posicionamiento		X
Talón Retractil		X
***kit linea de vida vertical portátil** (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, 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 resalten 5000 Lb mínimo, bien descendidos de cuerda (stop y freno) e instalo líneas de vida de ascenso-descenso y de rescate (en cuerda y en buen estado)	N.A	Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa?	N.A	Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje?	N.A

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algun item: Trabajo en cimentación

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	1	03	2024	7:00 AM	5:00 PM	Felix Rios		Jhon Edgar Reyes Tafur	
Hasta	8	08	2024			CC		CC 94403184 Cali	

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:	CC.:			NOMBRE Y FIRMA:	CC: 94403184 Cali. Valle.		

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 determino 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

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 1 al 8 Mes Marzo	ÁREA:	obra
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Erny ortiz	GRUPO DE TRABAJO:	Estuco Pintura

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS [X]

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas	A		A		A		A		A		A			
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen	A		A		A		A		A		A			
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente	N		N		N		N		N		N			
Se desecha el arnés que ha soportado una caída	N		N		N		N		N		N			
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.														
Se hace mantenimiento periódico al arnés	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El arnés se encuentra debidamente certificado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

OBSERVACIONES

Lunes : Equipo en buen estado
Martes : Equipo en buen estado
Miercoles : Equipo en buen estado
Jueves : Equipo en buen estado
Viernes : Equipo en buen estado
Sabado : Equipo en buen estado

Jhon Reyes	Erny ortiz	Almacen
FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 1 al 7 Mes Marzo	ÁREA:	Obra
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Jaydeer.	GRUPO DE TRABAJO:	Estructuras

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS ☒

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Se desecha el arnés que ha soportado una caída	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Se hace mantenimiento periódico al arnés	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
El arnés se encuentra debidamente certificado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

OBSERVACIONES

Lunes: Equipo en buen estado
Martes: Equipo en buen estado
Miercoles: Equipo en buen estado
Jueves: Equipo en buen estado
Viernes: Equipo en buen estado
Sabado: Equipo en buen estado

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Jay Leer Jhon Rengifo	Jaydeer	Alexander.

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 1 al 8 Mes Marzo	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Victor Solarte	GRUPO DE TRABAJO:	Estuco Pintura.

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS ☑

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	X		X		X		X		X		X			
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	X		X		X		X		X		X			
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	X		X		X		X		X		X			
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas	X		X		X		X		X		X			
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen	X		X		X		X		X		X			
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente	X		X		X		X		X		X			
Se desecha el arnés que ha soportado una caída	X		X		X		X		X		X			
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.														
Se hace mantenimiento periódico al arnés	X		X		X		X		X		X			
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	X		X		X		X		X		X			
El arnés se encuentra debidamente certificado	X		X		X		X		X		X			

OBSERVACIONES

Lunes. ! Equipo en buen estado Victor
Martes Equipo en buen Estado Victor
Miercole Equipo en buen estado Victor
Jueves Equipo en buen estado Victor
Viernes Equipo en buen estado Victor
Sábado Equipo en buen estado Victor

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Victor - Jhon Reyes	Victor Solarte	Almacen

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	INSPECCION MENSUAL DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS ELECTRICOS	CODIGO: SST 118-5
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MARTILLO DEMOLEDOR NEUMATICO	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 1 al 8 Mes Febrero	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Jairo Angulo.	GRUPO DE TRABAJO:	Estado.

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE MARTILLO DEMOLEDOR NEUMATICO [X].

DESCRIPCIÓN DE PULIDORA	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)	X		X											
Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite, polvo)	X		X											
Conexión neumática sellada	X		X											
Pin para acople ajustado														
Manguera sin abolladuras ni ruptura	X		X											
Unidad de lubricación instalada correctamente	X		X											
Punta rompedora bien instalada	X		X											
Manijas de agarre en buen estado	X		X											
Manijas bien sujetas al equipo														
Salida de gases sin obstrucción	X		X											
El operador cuenta con protección doble auditiva y demás EPPs	X		X											
Otro:	X		X											

OBSERVACIONES

Lunes! Equipo en buen estado
Viernes!

Jairo Angulo
Jairo Angulo

JAIRO ANGULO	Jairo Angulo	Ahumada.
FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	INSPECCION MENSUAL DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS ELECTRICOS	CODIGO: SST 118-5
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MARTILLO DEMOLEDOR NEUMATICO	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 1 al 7 Mes Marzo	ÁREA:	Obra
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Jose Bejarano.	GRUPO DE TRABAJO:	Armado anduvia

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE MARTILLO DEMOLEDOR NEUMATICO ☐

DESCRIPCIÓN DE PULIDORA	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)	X		X		X		X							
Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite, polvo)	X		X		X		X							
Conexión neumática sellada	X		X		X		X							
Pin para acople ajustado														
Manguera sin abolladuras ni ruptura	N.A.		N.A.		N.A.		N.A.							
Unidad de lubricación instalada correctamente														
Punta rompedora bien instalada														
Manijas de agarre en buen estado														
Manijas bien sujetas al equipo														
Salida de gases sin obstrucción	X		X		X		X							
El operador cuenta con protección doble auditiva y demás EPPs	X		X		X		X							
Otro:	X		X		X		X							

OBSERVACIONES

Lunes: Equipo en buenas Condiciones
Martes: Equipo en buen Condiciones
Miercoles: Equipo en buen Condiciones
Jueves: Equipo en buenas Condiciones

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Jose Bejarano Gonzalez	Jose Bejarano	Alvaro

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCCIONES	INSPECCION MENSUAL DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS ELECTRICOS	CODIGO: SST 118-5
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MARTILLO DEMOLEDOR NEUMATICO	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 1 al 7 Mes Mayo	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Robin Andres Hurtado	GRUPO DE TRABAJO:	Abierta.

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE MARTILLO DEMOLEDOR NEUMATICO ☒

DESCRIPCIÓN DE PULIDORA	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)					X									
Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite, polvo)					X									
Conexión neumática sellada					X									
Pin para acople ajustado					N.									
Manguera sin abolladuras ni ruptura														
Unidad de lubricación instalada correctamente														
Punta rompedora bien instalada														
Manijas de agarre en buen estado														
Manijas bien sujetas al equipo														
Salida de gases sin obstrucción														
El operador cuenta con protección doble auditiva y demás EPPs					X									
Otro:					X									

OBSERVACIONES

Miercoles: Equipo sin novedad.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Jhon Rayo		Alexander

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 enmendaduras*

CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CALI VALLE DEL CAUCA, 10 AL 15 DE MARZO DEL 2025	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)	MIGUEL FELIPE RIOS	Cargo:	RESIDENTE DE OBRA

Descripción del trabajo a realizar:	TRABAJO EN ALTURAS	Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)	2.50 mts
Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones.	EQUIPO DE ALTURAS - EPP		
Lugar específico de la ejecución:	EDIFICIO N° 1 EDIFICIO N° 2	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 barbuquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho punta dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en Y	Conectores de restricción posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo bolardo)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o amortiguador de caída (para línea vertical)	Descendedor	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretractil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas		
Jhon Edyar Rojas T	94503184	X	X				X	X	X	X														
Erny Ortiz.	1193201081	X		X	X		X	X	X	X														
Victor Solorzo.	14468466.	X					X	X	X	X														
Gilberto Angulo.	94505322	X					X	X	X	X														
Jose Bejarano	17022019	X					X	X	X	X														
Faydemir Castro.	6047950	X					X	X	X	X														

Observaciones; Inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

52.

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	✓			Se cuenta con controles para caída de objetos en el área?	✓			Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites ó químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	✓		
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)	✓			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo?	✓			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	✓		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? y acorde al riesgo	✓			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	✓			Condiciones atmosféricas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica etc.) segura?	✓		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y reentrenamiento respectivo ?	✓			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	✓			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	✓		
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	✓			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslingas, otros)?	✓			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)	✓		
				El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	✓			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes.	✓		
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?	✓			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor.	✓			La iluminación es adecuada para la actividad?	✓		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Críticas simultáneas y riesgos asociados ?	✓			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (lineas eléctricas, tormentas, otros?	✓			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	✓		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentre libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	✓			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	✓			Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		X	

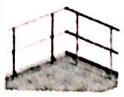
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algun item: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

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 caída de objetos? NO.	Existe ingreso a zona peligro de caída de personas? NO.	Se identificaron peligros inminentes? SI Fueron controlados? SI Enúncielos:

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						+

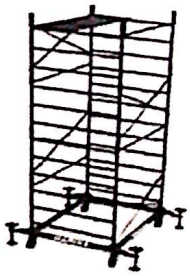
Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

Aplica calculo 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 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 (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 Rígida ✓ Extintor ✓ Inmovilizadores ✓ Botiquin ✓ 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	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST-080 Versión 01 02-02-2024

Los equipos se encuentran instalados en un lugar que no presenta daño, grietas, que no se mueva que resistan 5000 Lb mínimo, tiene linea de vida de inserción doble (skip y freno) o instalo líneas de vida de inserción doble (skip y freno) en cuerda y un buen anclaje)		Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la placa?		Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje?	
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem:	Trabajo en andamios				

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	10 03 2025		7:00	5:00	Felipe Rios		Jhon Edyr Reyes Tolosa	
Hasta	11 03 2025		am	pm	CC		CC 94503174	

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	C.C.			NOMBRE Y FIRMA	C.C.		

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		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	INSPECCION MENSUAL DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS ELECTRICOS	CODIGO: SST 118-5
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MARTILLO DEMOLEDOR NEUMATICO	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 10 al 15 Mes Marzo	ÁREA:	Obra
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Ermy ortiz	GRUPO DE TRABAJO:	Armado.

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE MARTILLO DEMOLEDOR NEUMATICO ☑

DESCRIPCIÓN DE PULIDORA	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)	X		X		X		X		X		X			
Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite, polvo)	X		X		X		X		X		X			
Conexión neumática sellada	X		X		X		X		X		X			
Pin para acople ajustado	X		X		X		X		X		X			
Manguera sin abolladuras ni ruptura	X		X		X		X		X		X			
Unidad de lubricación instalada correctamente	X		X		X		X		X		X			
Punta rompedora bien instalada	X		X		X		X		X		X			
Manijas de agarre en buen estado	X		X		X		X		X		X			
Manijas bien sujetas al equipo	X		X		X		X		X		X			
Salida de gases sin obstrucción	X		X		X		X		X		X			
El operador cuenta con protección doble auditiva y demás EPPs	X		X		X		X		X		X			
Otro:	X		X		X		X		X		X			

OBSERVACIONES

Lunes: Equipo en buen estado
Martes: Equipo en buen estado
Miercoles: Equipo en buen estado
Jueves: Equipo en buen estado
Viernes: Equipo en buen estado
Sabado: Equipo en buen estado

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
- Jhon Rayo	- Jhon Rayo.	Ahuacen

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 10 al 15 Mes Marzo.	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Victor Solarte.	GRUPO DE TRABAJO:	

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS SI

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	X		X		X		X		X		X			
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	X		X		X		X		X		X			
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	X		X		X		X		X		X			
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas	N.A		N.A		N.A.		N.A		N.A		N.A			
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen														
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente														
Se desecha el arnés que ha soportado una caída														
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas														
Se hace mantenimiento periódico al arnés	X		X		X		X		X		X			
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	X		X		X		X		X		X			
El arnés se encuentra debidamente certificado	X		X		X		X		X		X			

OBSERVACIONES

Lunes: Equipo en buen estado Victor
Martes: Equipo en buen estado Victor
Miercoles: Equipo en buen estado Victor
Jueves: Equipo en buen estado Victor
Viernes: Equipo en buen estado Victor
Sábado: Equipo en buen estado. Victor

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Victor Solarte - Jhon Pajoy	Victor Solarte.	Almacen

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 10 al 15 Mes Marzo	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Gilberto Angulo	GRUPO DE TRABAJO:	andamio Cortinas

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS ☒

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	X		X		X		+		+		X			
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	X		X		X		X		X		X			
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	X		X		X		+		X		X			
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen														
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
Se desecha el arnés que ha soportado una caída														
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.														
Se hace mantenimiento periódico al arnés	X		X		X		+		+		X			
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	X		X		X		+		X		X			
El arnés se encuentra debidamente certificado	X		X		+		+		+		+			

OBSERVACIONES

Lunes : Equipo en buen estado. Gilberto Angulo
Martes : Equipo en buen estado Gilberto Angulo
Miercoles : Equipo en buen estado Gilberto Angulo
Jueves : Equipo en buen estado. Gilberto Angulo
Viernes : Equipo en buen estado. Gilberto Angulo
Sabado : Equipo en buen estado Gilberto Angulo.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Gilberto Angulo	Gilberto Angulo.	Juan Reyes Tellez

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 10 al 15 Mes Marzo	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Jose Bejarano	GRUPO DE TRABAJO:	Armado Andamios.

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	X		X		X		X		X		X			
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	X		X		X		X		X		X			
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	X		X		X		X		X		X			
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas	X		X		X		X		X		X			
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen														
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente														
Se desecha el arnés que ha soportado una caída														
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.														
Se hace mantenimiento periódico al arnés	X		X		X		X		X		X			
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	X		X		X		X		X		X			
El arnés se encuentra debidamente certificado	X		X		X		X		X		X			

OBSERVACIONES

Lunes : Equipo en buen estado Jose B
Martes : Equipo en buen estado Jose B
Miercoles : Equipo en buen estado Jose B
Jueves : Equipo en buen estado Jose B
Viernes : Equipo en buen estado Jose B
Sabado. : Equipo en buen estado Jose B.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Jose B. Juan Rojas	Jose Bejarano.	Almacen

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 10 al 16 Mes Febrero	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Faydemir. Castro.	GRUPO DE TRABAJO:	Pintura

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS ☐

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	X		X		X		X		X		X			
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	X		X		X		X		X		X		.	
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	X		X		X		X		X		X		.	
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas	N. A		N. A		N. A		N. A		N. A		N. A			
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen	N. A		N. A		N. A		N. A		N. A		N. A			
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente	N. A		N. A		N. A		N. A		N. A		N. A			
Se desecha el arnés que ha soportado una caída														
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.														
Se hace mantenimiento periódico al arnés	X		X		X		X		X		X			
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	X		X		X		X		X		X			
El arnés se encuentra debidamente certificado	X		X		X		X		X		X			

OBSERVACIONES

Lunes. : Equipo en buen estado Faydemir C.
Martes : Equipo en buen estado Faydemir C.
Miercoles : Equipo en buen estado Faydemir C.
Jueves : Equipo en buen estado Faydemir C.
Viernes : Equipo en buen estado Faydemir C.
Sabado : Equipo en buen estado Faydemir C.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Juan Echeverria.	Faydemir Castro	Almacen.

Powered by CamScanner

LAM	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 este 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, 17 AL 22 DE MARZO DEL 2025	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)	MIGUEL FELIPE RIOS	**Cargo:**	RESIDENTE DE OBRA

Descripción del trabajo a realizar:	TRABAJO EN ALTURAS	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	2.30 mts.
Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	EQUIPO DE ALTURAS - EPP		
Lugar específico de la ejecución:	EDIFICIO N° 1 EDIFICIO N° 2	**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 dieléctico con barbuquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho dieléctica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo tie off)	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	Otro	
Jhon Edyer R.	94503191	X	X.				X	X	X	X														
Erny Ortiz.	1193201081	X		X	X		X	X	X	X														
Jose Bejarano	12022019.	X		X	X.		X	X	X	X.														
Faydmar Castro.	6079980	X					X	X	X	X.														

Observaciones, inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

Powered by CamScanner

	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/2021	SST 090 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 realizara la actividad refiere que no presenta ningún impedimento de salud para realizar las tareas ? Acto soporte de condiciones de salud	X			Se cuenta con controles para caída de objetos en el área?	X			Plataformas de trabajo estan limpias libres de aceites o químicos verificadas en cuanto a seguridad estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	X		
El personal a realizar las maniobras de actividad con el concepto de aptitud medico para alturas (vigente) Examen apto o no medicamentos. Examen medico apto en alturas	X			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en area de trabajo?	X			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos segun el tipo de actividad?	X		
Se verifican utilizaciones seguras a EPP, ARL, ARP? y acorde al riesgo	X			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	X			Condiciones atmosfericas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica etc.) segura?	X		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en la linea correspondiente a tipo de actividad y mantenimiento requerido ?	X			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarios para el control de los peligros identificados ?	X			El area de trabajo se encuentra libre de redes electricas?	X		
Los puntos o sistemas de anclaje verificados para cada trabajador cumplen con resistencia 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, eslinga, 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 situacion antes de realizar el trabajo)	X		
				El calzado de seguridad esta libre de grasa o barro	X			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes	X		
Cuando aplica se AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otros), socializado y socializado a todo de ejecutores en la charla preoperacional?	X			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnés, eslingas, cuerdas, mosquetones, descensador	X			La iluminacion es adecuada para la actividad?	X		
De las implementadas 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 electricas, 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 no encuentre bajo 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 condicion:

Tipo de trabajo:

Describa SI o NO: Existe ingreso a zona peligro de caida de objetos? ____ | Existe ingreso a zona peligro de caida de personas? ____ | Se identificaron peligros inminentes? ____ Fueron controlados? ____ Enúncielos: _____

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

Señalización zonas peligrosas/objetos	Delimitación Línea de advertencia	Barandas con rodapié para aberto	Tapas para huecos (tapar claraboyas, otros)	Manejo de desniveles superficie irregular	Control de acceso vigilantes de seguridad, puertas	Portaherramientas y yo salvavidas	Viga (Ayudante de Seguridad)
X	X						X

Analisis del Requerimiento de Claridad - RC

Aplica calculo 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. Absorvedor de choque	
	E. Factor de seguridad	
	D. Distancia de caida	
	F=Distancia de Caida libre	

ELEMENTOS	SI	NO
*Arnes de cuerpo completo (Certificado bajo Norma ANSI Z 359.11)	X	
Eslinga con absorvedor de impacto		X
Eslinga con absorbedor de impacto dieléctrica	X	
Eslinga de posicionamiento		X
Cabo Anticaida		X
*Red línea de vida vertical portátil (línea vertical con eslinga con absorbedor de impacto de 1/2 con absorbedor/descendedor		X
*Red línea de vida horizontal (línea de vida ( ) tambor de anclaje)		X
*Ambulancia (indicativo, telefono)	X	
Casco tipo I con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico o otros)	X	
Protector auditivo	X	
Protector visual	X	
Protector respiratorio	X	
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X
Otras medidas de prevencion colectiva:		X







Equipos de emergencias y rescate: Camilla Rigida X Extintor X Inmovilizadores X Botiquin X Kit de rescate ____ otro ____

¿cual? _____

Sistemas de acceso certificados: Plataformas / Andamios X Escaleras de extension X Escaleras tipo plataforme grual ____ Equipos de elevación

Powered by CamScanner

LAM

PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS
RESOLUCIÓN 4272/2021

SST-080
Versión 21
02-22-2024

Los anclajes se encuentran instalados en un lugar que no presente daño (grietas, oxidación, etc.)		Realizó la protección de las cuerdas en los bordes de la losa?	Las cuerdas se anclaron a diferente punto de anclaje?

OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algun item:

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 demas 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	2025	7:30 AM	Felipe Rios			
Hasta	2025	5:00 PM	C.C.		C.C. 94503[illegible]	

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				Suspension del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA:				NOMBRE Y FIRMA :			
C.C.:				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 deberán 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 modificación de condiciones iniciales
DD	MM	AAAA	Nombre	Cargo/Rol	Cédula	SI	No	SI	No	

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 19 al 22 Mes Marzo	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Erny ortiz -	GRUPO DE TRABAJO:	armando.
REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS			

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	x		x		x		x		x					
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	x		x		x		x		x					
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	x		x		x		x		x					
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas														
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen	x		x		x		x		x					
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente	x		x		x		x		x					
Se desecha el arnés que ha soportado una caída	x		x		x		x		x					
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.	x													
Se hace mantenimiento periódico al arnés	x		x		x		x		x					
Después de uso los equipos sececan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	x		x		x		x		x					
El arnés se encuentra debidamente certificado	x		x		x		x		x					

OBSERVACIONES

Lunes : Equipo en buen estado.
Martes : Equipo en buen estado.
Miercoles : Equipo en buen estado.
Jueves : Equipo en buen estado.
Viernes : Equipo en buen estado.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
	Erny Ortiz	

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 17 al 22 Mes Marzo	ÁREA:	Obra.
INSPECCIÓN REALIZADA POR:	Jose Bejarano.	GRUPO DE TRABAJO:	

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS ☐

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	X		X		X		X		X					
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	X		X		X		X		X					
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	X		X		X		X		X					
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas														
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen	N.A		N.A		N.A		N.A		N.A					
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente	N.A		N.A		N.A		N.A		N.A					
Se desecha el arnés que ha soportado una caída	N.A		N.A		N.A		N.A		N.A					
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.														
Se hace mantenimiento periódico al arnés	X		X		X		X		X					
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	X		X		X		X		X					
El arnés se encuentra debidamente certificado	X		X		X		X		X					

OBSERVACIONES

Lunes : Equipo bueno — Jose Bejarano
Martes : Equipo bueno — Jose Bejarano
Miercoles : Equipo en buenas condiciones — Jose Bejarano
Jueves : Equipo bueno — Jose Bejarano
Viernes. : Equipo en buen condiciones. — Jose Bejarano.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO
Jhoa Celys Portales	Jose Bejarano	Jhoa Celys Portales

Powered by CamScanner

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCION:	Semana Del 17 al 22 Mes Marzo	ÁREA:	Obra.
INSPECCION REALIZADA POR:	Fredy Lee Castro.	GRUPO DE TRABAJO:	pintura.
REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS			☐

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	X		X		X		X		X					
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	X		X		X		X		X					
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	X		X		X		X		X					
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.														
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas														
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen														
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente														
Se desecha el arnés que ha soportado una caída														
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.														
Se hace mantenimiento periódico al arnés	X		X		X		X		X					
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	X		X		X		X		X					
El arnés se encuentra debidamente certificado	X		X		X		X		X					

OBSERVACIONES

Lunes martes : Equipo en buen estado
Miercoles jueves : Equipo en buen estado
Viernes : Equipo en buen estado.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO

Powered by CamScanner

LAM CONSTRUCTORA	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, 24 AL 31 DE MARZO DEL 2025	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)	MIGUEL FELIPE RIOS	**Cargo:**	RESIDENTE DE OBRA

Descripción del trabajo a realizar:	TRABAJO EN ALTURAS	**Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad (metros)**	2.50mts.

Herramientas o equipos a utilizar y en buenas condiciones:	EQUIPO DE ALTURAS - EPP						
Lugar específico de la ejecución:	EDIFICIO N° 1 EDIFICIO N° 2	**Actividad Rutinaria:**	SI	X	NO		
Tiempo estimado de duración:	8 HORAS	**Condiciones atmosféricas generales:**	ESTABLES - NORMALES				

PERMISO CONCEDIDO A. (Personal Autorizado)

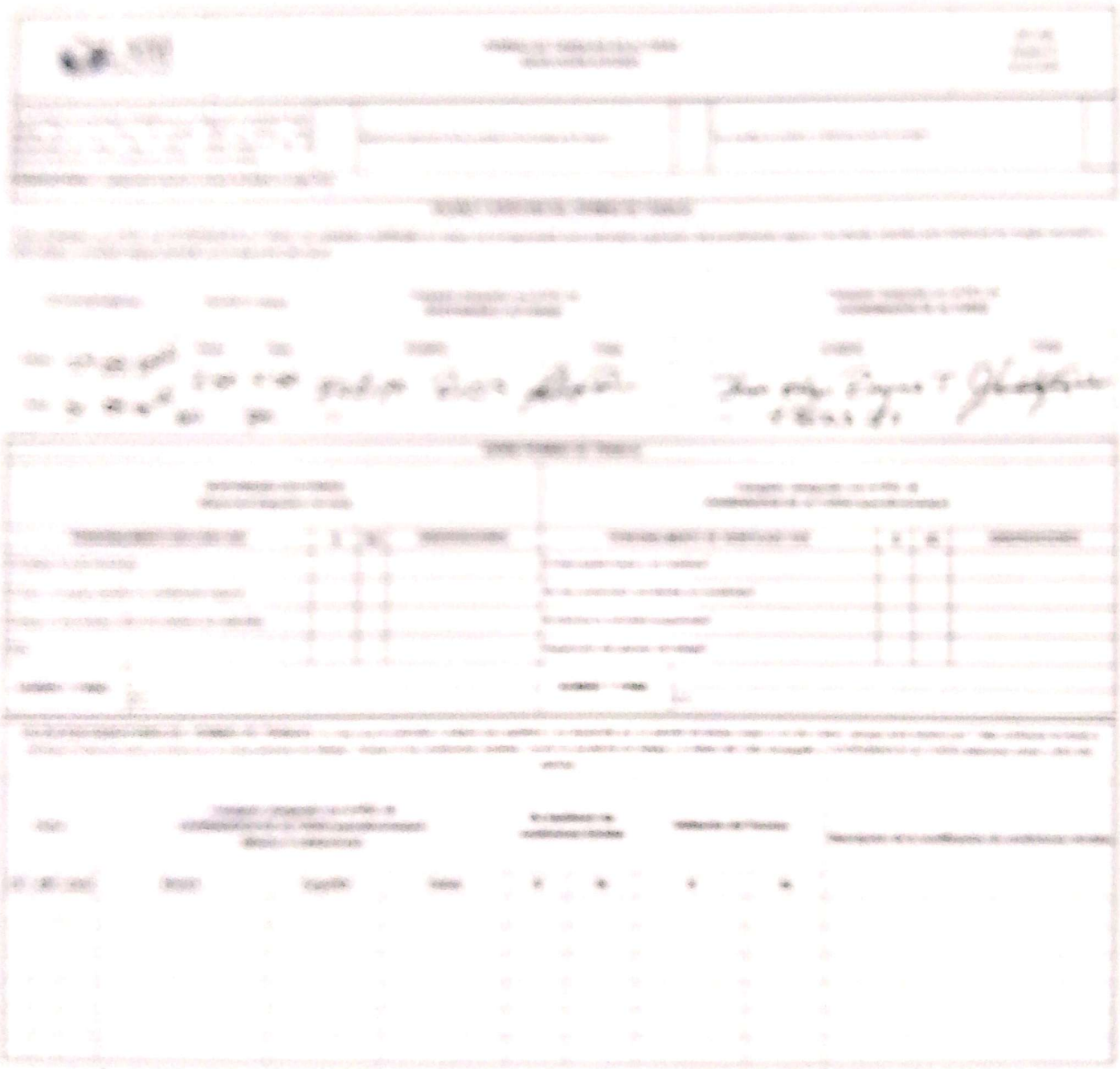
Verifique que todo el personal cuente con los EPP y equipos necesarios para la operación indicando Si, No, No aplica (NA) según corresponda

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 barbuquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho no dieléctrica	Arnes cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo te o/f)	KIT Líneas de vida vertical	Freno o amortiguador de caída (para línea vertical)	Descensador	Mosquetones	Línea o bloqueo autoretráctil	KIT Líneas de vida horizontal	Otros dispositivos de anclajes	Poleas	
Ermyorlie.	1193203081			+	+		+	+	+	+													
Jhon Edyar Rayo	79509189	+	+				+	+	+	+													

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

54.

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

LAM	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS RESOLUCION 4272/2021	SST 000 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	✓			Se cuenta con protección para caída de objetos en el área?	✓			Plataformas de trabajo están limpias, libres de aceites o químicos, verificadas en cuanto a seguridad, estabilidad y resistencia acorde a la carga y uso ?	✓		
Cuenta el personal que realizará la actividad con el concepto de aptitud psicofísica para alturas (vigente, como apto y sin restricciones) Examen médico apto en alturas	✓			Se cuenta con ayudante de seguridad como medida de control en área de trabajo?	✓			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas de acceso para trabajo en alturas requeridos según el tipo de actividad?	✓		
Se verificaron afiliaciones vigentes a EPS, ARL, AFP? Y acorde al riesgo	✓			Se ha identificado y establecido las medidas de prevención necesarias para desarrollar el trabajo?	✓			Condiciones atmosféricas (lluvia, viento, tormenta eléctrica etc) segura?	✓		
El personal autorizado tiene la certificación para trabajo en alturas en el nivel correspondiente al tipo de actividad y mantenimiento respectivo ?	✓			Se ha identificado y establecido las medidas de protección y EPP necesarias para el control de los peligros identificados ?	✓			El área de trabajo se encuentra libre de redes eléctricas?	✓		
Los puntos ó sistemas de anclaje verificados para cada trabajador cumplen con resistencias mín. (5000 Lbs para restricción, ó para trabajo en superficie verticales y horizontal etc	✓			Se encuentran certificados y en adecuadas condiciones los equipos y sistemas requeridos para el trabajo (arnes, eslinga, otros)?	✓			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).	✓		
				El calzado de seguridad esta libre de grasa o barro	✓			Identifico el trafico peatonal y vehicular y tomo las medidas de seguridad pertinentes	✓		
Cuando aplica se AST y demás documentos de apoyo (procedimiento, instructivo, lista chequeo, otro), están firmado y socializado el total de ejecutores en la charla preoperacional?	✓			Se realiza inspección de equipos de protección contra caídas? arnes, eslingas, cuerdas, mosquetones, descendedor.	✓			La iluminación es adecuada para la actividad?	✓		
Se ha implementado las medidas pertinentes para el control de Tareas de Alto Riesgo y Criticas simultáneas y riesgos asociados ?	✓			El lugar de trabajo se encuentra ordenado, aseado y es seguro el entorno (líneas eléctricas, tormentas, otros?	✓			Se cuenta con personal formado/entrenado para atención de emergencias, plan y equipos de rescate en alturas y el personal lo conoce ?	✓		
El responsable de la actividad garantiza que el personal se encuentra libre de alcohol o sustancias psicoactivas?	✓			Se verifica el no uso de cadenas, anillos y demás accesorios?	✓			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 condicion:

Tipo de trabajo:

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

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

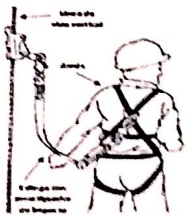
Señalización: caída personas/objetos	Delimitación/ Línea de advertencia	Barandas con rodapié/malla para objetos	Tapas para huecos (Tapar cajas, otros)	Manejo de desniveles (superficie irregular)	Control de acceso: (vigilantes de seguridad, puertas	Portaherramienta s y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)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

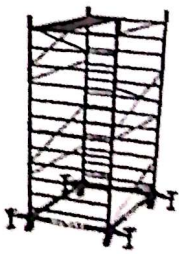
Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

Aplica calculo 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. Absorvedor de choque	
	E. Factor de seguridad	
	D. Distancia de caida	
	F=Distancia de Caida libre	

ELEMENTOS	SI	NO
*Arnes 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	
Cascos tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad, normal o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico o 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 ____ Extintor ✓ Inmovilizadores ✓ Botiquín ✓ 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

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	CODIGO: SST 118-7
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL, MENSUAL DE EQUIPOS DE ALTURAS	FECHA: 2/02/2024
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del al Mes Mayo	ÁREA:	obra
INSPECCIÓN REALIZADA POR	Ortiz	GRUPO DE TRABAJO:	Arnulfo

REALIZA INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS DE ALTURAS ☑

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO DE ALTURAS	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Las hebillas están en buen estado (golpes, deterioro)	x													
La eslinga presenta desgaste o presenta hilos rotos.	x													
Las cintas están en buen estado, rasgaduras (de seguridad, de las piernas) las costuras están en buen estado.	x													
El mosquetón está en buen estado,(Golpes, desgaste) acciona correctamente.	x													
Se evitan los contactos con superficies rugosas, calientes, corrosivas o aristas	x													
Se evita que el equipo y los mecanismos se engrasen	x													
No se expone el equipo a las radiaciones de procesos de soldadura, ni al sol innecesariamente	x													
Se desecha el arnés que ha soportado una caída	x													
Se utiliza el arnés para posicionarse en actividades como la construcción de columnas.	x													
Se hace mantenimiento periódico al arnés	x													
Después de uso los equipos sesecan y se guardan a resguardo de la humedad, sol y otros agresivos	x													
El arnés se encuentra debidamente certificado	x													

OBSERVACIONES

Lunes: Equipo sin novedad * Ernesto Ortiz

x Ernesto Ortiz		
FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	**FIRMA O NOMBRE DEL COLABORADOR**	**FIRMA O NOMBRE DE QUIEN REVISO**

Powered by CamScanner