PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SG-SST-FT-002 | Fecha 04/05/2024 | Versión 1 |

PROYECTO	Edificio Ministerio Salud y proteccion Social	ALTURA APROXIMADA	53 mt
CIUDAD	BOGOTA	PERSONA QUE SUPERVISA LA ACTIVIDAD	
UBICACIÓN ESPECIFICA	Piso 19 Zona 2 p	FECHA Y HORA DE FINAL	7 am
FECHA Y HORA DE INICIO	27-nov 08-2023		
ACTIVIDAD A REALIZAR	Cambio luminarias.		
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD	SI	ACTIVIDAD RUTINARIA	SI ___ NO ___
CONTRATISTA	SI X NO ___ CUAL:		

Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su iniciación. Expira como consecuencia de la ocurrencia de peligros como fuga de gas, derrame de mercancías y materiales peligrosos, cambios drásticos en la operación, tiempo lluvioso, desacato de normas de seguridad, e incluso la ocurrencia de un accidente de trabajo.

PERMISO CONCEDIDO A

TR	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	UNIDAD	EPS	AFP	ARL
1	Cesar Augusto Arroyo.	Oficial	Ministerio d salud	Compensar.	Porvenir.	Sura.
2	Eduardo Cuya	OF	MINISALUD	Nueps	Proteccion	Sura
3	Alexander Calderon	Oficial	Ministerio d salud	Compensar	Colpensiones	Sura.
4						
5						
6						
7						
8						

Verifique que todo el personal cuente con EPP necesarios para la operación indicando SI (S), NO (N), NO aplica (NA) según corresponda

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION ANTICAIDAS CERTIFICADO RES. 4272 del 2021

CONCEPTO A EVALUAR	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	CERTIFICADO SI	CERTIFICADO NO	OBSERVACIONES
Casco con Barbuquejo	X		X																
Gafas	X		X																
P. Auditivo.		X	.	X															
P. Respiratoria	X		X																
Botas punta de acero	X		X																
Guantes	X		X																
Arnés cuerpo entero	X		X																
Eslinga con adsorbedor de energía	X		X																
Eslinga en y con adsorbedor de energía		NA		NA															
Eslinga de posicionamiento		NA		NA															
Línea de vida horizontal	X		X																
Línea de vida vertical		NA		NA															
Mosquetones	X		X																
Descendedores		NA		NA															
Freno		NA		NA															
Adaptador de anclaje	X		X																
Poleas	X		X																
OTROS																			

CAPACITACION Y CHARLAS DE SEGURIDAD ANTES DE INICIAR ACTIVIDAES Marque con SI o NO

TR	CONCEPTO A EVALUAR ANTES DE LA REALIZACION DE MI ACTIVIDAD	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	OBSERVACIONES
1	Capacitacion uso obligatorio de EPCC- EPP	X		X														
2	Capacitacion en Riesgos y peligros durante la realizacion de la tarea	X		X														
3	Revision visual y reporte inmediato, Cambios en los EPCC, para su revusion autorización	X		X														
4	Medidas preventivas - Socializadas	X		X														
5	Socializacion del procedimiento seguro para la actividd a realizar	X		X														
6	Participo en la realizacion el ATS	X		X														
7	Me encuentro en optimas condiciones para REALIZAR ACTIVIDAD EN ALTURAS	X		X														

CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO (T=trabajador ejecutante)

TR	CONCEPTO A EVALUAR	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	OBSERVACIONES
1	¿Certificado vigente para trabajo en alturas?	X		X														
2	¿Conoce el procedimiento del trabajo a realizar?	X		X														
4	¿Cuenta con la afiliaciones EPS, AFP, ARL al dia?	X		X														
5	¿Esta en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	X		X														
6	¿Sufre de epilepsia, mareos, o vertigo?		X		X													
7	¿Se retiro cadenas, relojes, pulseras?	X		X														
8	¿Esta tomando algún medicamento que afecte sus condiciones? ¿Cuál?		X		X													

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EQUIPOS DE ACCESO Y PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Uso de andamio certificado			X	
Uso de plataforma elevadora de tijera			X	
Uso de trajes hidraulico			X	
Uso de escalera tipo arco			X	
Uso de escalera tipo gato			X	
Uso de escalera de extensión			X	
Uso de escalera tipo tijera			X	
Otros	X			

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Señalización de barandillas	X			
Uso de demarcación	X			
Aperturas de cubiertas		X		
Control de acceso	X			
Puntos de anclajes	X			
Se socializo el MEDEVAC	X			
Se socializo el flujo grama de atención en caso de presentarse un evento	X			
Se cuenta con el ayudante de seguridad ALEXIS ROMERO CC:	X			
Otros	X			

CONDICIONES DEL SITIO (condiciones atmosfericas)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Se presentan lluvias		X		
Se presenta tormenta eléctrica		X		
Se presentan vientos fuertes		X		

APROBACIONES PARA EJECUTAR EL TRABAJO

Como encargado de área se me informado y explicado los riesgos existentes, las normas y procedimientos de seguridad. El área de Seguridad y Salud en el Trabajo evaluó los riesgos y aplico las medidas de prevención y protección necesarias. Entiendo y me comprometo a acatar las normas, procedimientos de seguridad, de prevención y protección contra caídas y reportar inmediatamente cualquier condición insegura. (No uso dem celulares durante la realizacion de mis actividades)

Como Coordinador de seguridad: He verificado en campo con el encargado 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

NOTA: Si se presenta condiciones inseguras pare la actividd de inmediato y reporte al personal SST Y RESIDENTE DE OBRA para realizar el plan de accion inmediato (recuerde que prima la vida de los trabajadores) y se debe diligenciar otrom permiso de alturas y ATS

PERMISO SOLICITADO Y AUTORIZADO DEL 7 AL 11 DE ENERO 2025

TR	PERSONAS QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	L	M	M	J	V	S	FIRMA	OBSERVACIONES
1	ALEXIS ROMERO	80.121.795	OFICIAL		X	X	X				
2	GERELIN VELIA	1194188262	AO		X	X	X				
3											
4											
5											
6											
7											
8											

COORDINADOR DE ALTURAS	INSPECTOR SST	ENCARGADO D SUPERVISAR LA ACTIVIDAD	RESIDENTE DE OBRA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DE LA ACTIVIDAD

PESONAL QUE AUTORIZA LA ACTIVIDAD

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOBRES Y APELLIDOS
	Sandra Rubio		Cristian Arroyo
FIRMA CC: 52299300	FIRMA CC: 52299300	FIRMA CC: 79.132.379	FIRMA CC:

ESTE ESPACIO PARA - NOTIFICACION DE RIESGOS

DATOS QUE QUIEN REPORTA CONDICION	DATOS QUE QUIEN RECIBE EL REPORTE

PLAN DE ACCION A SEGUIR

	CONDICIONES SUBESTÁNDAR	ACCIÓN CORRECTIVA	FECHA DE CIERRE
1			
2			

No se autoriza iniciar la actividad hasta verificar el cierre CONDICIONES SUBESTÁNDAR

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO REALIZADO POR	VERIFICACION DE CUMPLIENTO
Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Firma.	Firma.	Firma.

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

BM INGENIERIA S.A.S

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SG-SST-FT-002	Fecha 04/05/2024	Versión 1	Página 1 de 2

PROYECTO	Condado Ventanilla Min Edo Salud y Protección Social	ALTURA APROXIMADA	66 m
CIUDAD	BOGOTA	PERSONA QUE SUPERVISA LA ACTIVIDAD	
UBICACIÓN ESPECIFICA	Piso 21 y 19		
FECHA Y HORA DE INICIO	8-07-2025 7am	FECHA Y HORA DE FINAL	10-07-2025 3pm
ACTIVIDAD A REALIZAR			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD	Descenso y Suspension para liberar ventanilla		
CONTRATISTA SI: X NO: CUAL: Mundo vertical PE		ACTIVIDAD RUTINARIA	SI: NO: X

Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su iniciación. Expira como consecuencia de la ocurrencia de peligros como fuga de gas, derrame de mercancías y materiales peligrosos, cambios drásticos en la operación, tiempo lluvioso, desacato de normas de seguridad, e incluso la ocurrencia de un accidente de trabajo

PERMISO CONCEDIDO A

TR	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	UNIDAD	EPS	AFP	ARL
1	Cristian Cortes	Tec Vertical		Compensar	Porvenir	Sura
2	Jahyr Miguel Gonzalez	Coordinador TSA		Compensar	Proteccion	Sura
3	Luis Miguel Gonzalez	Tec vertical		Compensar	Proteccion	Sura
4						
5						
6						
7						
8						

Verifique que todo el personal cuente con EPP necesarios para la operación indicando SI (S), NO (N), NO aplica (NA) según corresponda

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION ANTICAIDAS CERTIFICADO RES. 4272 del 2021

CONCEPTO A EVALUAR	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	CERTIFICADO SI	CERTIFICADO NO	OBSERVACIONES
Casco con Barbuquejo	X		X		X														
Gafas	X		X		X														
P. Auditivo		X		X		X													
P. Respiratoria		X		X		X													
Botas punta de acero	X		X		X														
Guantes nitrilo	X		X		X														
Arnés cuerpo entero	X		X		X														
Eslinga con adsorbedor de energía	X		X		X														
Eslinga en y con adsorbedor de energía		X		X		X													
Eslinga de posicionamiento	X		X		X														
Linea de vida horizontal	X		X		X														
Linea de vida vertical	X		X		X														
Mosquetones	X		X		X														
Descendedores	X		X		X														
Freno	X		X		X														
Adaptador de anclaje	X		X		X														
Poleas	X		X		X														
OTROS																			

CAPACITACION Y CHARLAS DE SEGURIDAD ANTES DE INICIAR ACTIVIDAES Marque con SI o NO

TR	CONCEPTO A EVALUAR ANTES DE LA REALIZACION DE MI ACTIVIDAD	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	OBSERVACIONES
1	Capacitacion uso obligatorio de EPCC- EPP	X		X		X												
2	Capacitacion en Riesgos y peligros durante la realizacion de la tarea	X		X		X												
3	Revision visual y reporte inmediato, Cambios en los EPCC,para su revusion autorización	X		X		X												
4	Medidas preventivas - Socializadas	X		X		X												
5	Socializacion del procedimiento seguro para la actividd a realizar	X		X		X												
6	Participo en la realizacion el ATS	X		X		X												
7	Me encuentro en optimas condiciones para REALIZAR ACTIVIDAD EN ALTURAS	X		X		X												

CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO (T=trabajador ejecutante)

TR	CONCEPTO A EVALUAR	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	OBSERVACIONES
1	¿Certificado vigente para trabajo en alturas?	X		X		X												
2	¿Conoce el procedimiento del trabajo a realizar?	X		X		X												
4	¿Cuenta con la afiliaciones EPS, AFP, ARL al dia?	X		X		X												
5	¿Esta en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	X		X		X												
6	¿Sufre de epilepsia, mareos, o vertigo?		X		X		X											
7	¿Se retiro cadenas, relojes, pulseras?	X		X		X												
8	¿Esta tomando algún medicamento que afecte sus condiciones? ¿Cuál?		X		X		X											

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SG-SST-FT-002 | Fecha: 04/05/2024 | Versión: 1

EQUIPOS DE ACCESO Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Uso de andamio certificado			X	
Uso de plataforma elevadora de tijera			X	
Uso de brazo hidráulico			X	
Uso de escalera tipo avión			X	
Uso de escalera tipo gato			X	
Uso de escalera de extensión			X	
Uso de escalera tipo tijera			X	
Otros			X	

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Ubicación de barandas			X	
Uso de demarcación	X			
Aperturas de cubiertas	X			
Control de acceso	X			
Puntos de anclaje	X			
Se socializo el MEDEVAC	X			
Se socializo el flujo grama de atención en caso de presentarce un evento	X			
Se cuenta con el ayudante de seguridad Miguel CC.	X			
Otros				

CONDICIONES DEL SITIO (condiciones atmosfericas)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Se presentan lluvias		X		
Se presenta tormenta eléctrica		X		
Se presentan vientos fuertes		X		

APROBACIONES PARA EJECUTAR EL TRABAJO

El encargado de área se ma informado y explicado los riesgos existentes, las normas y procedimientos de seguridad. El área de Seguridad y Salud en el Trabajo evaluó los riesgos y aplico las medidas de prevención y protección necesarias. Entiendo y me comprometo a acatar las normas, procedimientos de seguridad, de prevención y protección contra caídas y reportar inmediatamente cualquier condición insegura. (No uso dem celulares durante la realizacion de mis actividades)

Como Coordinador de seguridad: He verificado en campo con el encargado 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

NOTA: Si se presenta condiciones inseguras pare la actividd de inmediato y reporte al personal SST Y RESIDENTE DE OBRA para realizar el plan de accion inmediato (recuerde que prima la vida de los trabajadores) y se debe diligenciar otrom permiso de alturas y ATS

TR	PERSONAS QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD			PERMISO SOLICITADO Y AUTORIZADO DEL 03 AL 10 DE 07 2025							
	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	L	M	M	J	V	S	FIRMA	OBSERVACIONES
1	Fabian Cardona	1076473993	Tecnologico			X					
2	Luis Miguel Gonzalez	1016060141	Vertical			X					
3	Fabian Ruiz P.	1112079493	Coordinador			X					
4											
5											
6											
7											
8											

COORDINADOR DE ALTURAS	INSPECTOR SST	ENCARGADO D SUPERVISAR LA ACTIVIDAD	RESIDENTE DE OBRA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DE LA ACTIVIDAD
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOBRES Y APELLIDOS
Edwin Fabian Ruiz P.			
FIRMA CC:	FIRMA: CC:	FIRMA CC.	FIRMA CC.

ESTE ESPACIO PARA - NOTIFICACION DE RIESGOS

DATOS QUE QUIEN REPORTA CONDICION	DATOS QUE QUIEN RECIBE EL REPORTE

PLAN DE ACCION A SEGUIR

	CONDICIONES SUBESTÁNDAR	ACCIÓN CORRECTIVA	FECHA DE CIERRE
1			
2			

No se autoriza iniciar la actividad hasta verificar el cierre CONDICIONES SUBESTÁNDAR

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	SEGUMIENTO REALIZADO POR	VERIFICACION DE CUM'PLIENTO
Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:	Firma:

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SG-SST-FT-002	Fecha 04/05/2024	Version 1	Pagina 1 de 2

PROYECTO	Ministerio		ALTURA APROXIMADA
CIUDAD	BOGOTA	PERSONA QUE SUPERVISA LA ACTIVIDAD	Cesar Cuervo
UBICACIÓN ESPECIFICA	P.20 T16		
FECHA Y HORA DE INICIO	08-enero 2025	FECHA Y HORA DE FINAL	
ACTIVIDAD A REALIZAR			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD	Aplicar de Pulir		
CONTRATISTA	SI ___ NO ___ CUAL	ACTIVIDAD RUTINARIA	SI ___ NO ___

Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su iniciación. Expira como consecuencia de la ocurrencia de peligros como fuga de gas, derrame de mercancías y materiales peligrosos, cambios drásticos en la operación, tiempo lluvioso, desacato de normas de seguridad, e incluso la ocurrencia de un accidente de trabajo

PERMISO CONCEDIDO A

#	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	UNIDAD	EPS	AFP	ARL
1	Fancy Pacheco C	Tecnico Aplicador	Ministerio	Famisanar	Porvenir	
2	Gerardo Villadiego	Aplicador	Ministerio			
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Verifique que todo el personal cuente con EPP necesarios para la operación indicando SI (S), NO (N), NO aplica (NA) según corresponda

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION ANTICAIDAS CERTIFICADO RES. 4272 del 2021

CONCEPTO A EVALUAR	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	CERTIFICADO SI	CERTIFICADO NO	OBSERVACIONES
Casco con Barbuquejo	✓		✓																
Gafas	✓		✓																
P. Auditivo	✓		✓																
P. Respiratoria	✓		✓																
Botas punta de acero	✓		✓																
Guantes	✓		✓																
Arnés cuerpo entero	✓		✓																
Eslinga con adsorbedor de energía	✓		✓																
Eslinga en y con adsorbedor de energía		✓		✓															
Eslinga de posicionamiento		✓		✓															
Línea de vida horizontal	✓		✓																
Línea de vida vertical	✓		✓																
Mosquetones	✓		✓																
Descendedores		✓		✓															
Freno		✓		✓															
Adaptador de anclaje		✓		✓															
Poleas		✓		✓															
OTROS		✓																	

CAPACITACION Y CHARLAS DE SEGURIDAD ANTES DE INICIAR ACTIVIDAES Marque con SI o NO

TR	CONCEPTO A EVALUAR ANTES DE LA REALIZACION DE MI ACTIVIDAD	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	OBSERVACIONES
1	Capacitacion uso obligatorio de EPCC- EPP	✓		✓														
2	Capacitacion en Riesgos y peligros durante la realizacion de la tarea	✓		✓														
3	Revision visual y reporte inmediato, Cambios en los EPCC,para su revusion autorizacion	✓		✓														
4	Medidas preventivas - Socializadas	✓		✓														
5	Socializacion del procedimiento seguro para la actividd a realizar	✓		✓														
6	Partucipo en la realizacion el ATS	✓		✓														
7	Me encuentro en optimas condiciones para REALIZAR ACTIVIDAD EN ALTURAS	✓		✓														

CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO (T=trabajador ejecutante)

TR	CONCEPTO A EVALUAR	T1 SI	T1 NO	T2 SI	T2 NO	T3 SI	T3 NO	T4 SI	T4 NO	T5 SI	T5 NO	T6 SI	T6 NO	T7 SI	T7 NO	T8 SI	T8 NO	OBSERVACIONES
1	¿Certificado vigente para trabajo en alturas?	✓		✓														
2	¿Conoce el procedimiento del trabajo a realizar?	✓		✓														
4	¿Cuenta con la afiliaciones EPS, AFP, ARL al dia?	✓		✓														
5	¿Esta en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	✓		✓														
6	¿Sufre de epilepsia, mareos, o vertigo?		✓		✓													
7	¿Se retiro cadenas, relojes, pulseras?	✓		✓														
8	¿Esta tomando algun medicamento que afecte sus condiciones? ¿Cual?		✓		✓													

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EQUIPOS DE ACCESO Y PROTECCION CONTRA CAIDAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
No. de escaleras certificadas			N/A	
No. de plataformas elevadoras de tijera			N/A	
No. de torres móviles			N/A	
No. de escaleras tipo multi			N/A	
No. de escaleras tipo gato			N/A	
No. de escaleras de extensión			N/A	
No. de escaleras tipo tijera			N/A	
Otros			N/A	

MEDIDAS DE PREVENCION	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Señalización de barreras	X			
Uso de cinturón de seguridad	X			
Apuntalamiento de cubiertas			N/A	
Control de acceso	X			
Puntos de anclaje	X			
Se socializó el MEDIDAS AC	X			
Se socializó el plan general de atención en caso de presentarse un evento	X			
Se cuenta con el supervisor de seguridad: ALVARO PADILLA CC.				
Otros				

CONDICIONES DEL SITIO (condiciones atmosféricas)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Se presentan lluvias	X			
Se presenta tormenta eléctrica				
Se presentan vientos fuertes				

APROBACIONES PARA EJECUTAR EL TRABAJO

Como encargado de área se me informado y explicado los riesgos existentes, las normas y procedimientos de seguridad. El área de Seguridad y Salud en el trabajo evaluó los riesgos y aplico las medidas de prevención y protección necesarias. Entiendo y me comprometo a acatar las normas, procedimientos de seguridad de prevención y protección contra caídas y reportar inmediatamente cualquier condición insegura. (No uso dem celulares durante la realizacion de mis actividades)

Como Coordinador de seguridad He verificado en campo con el encargado 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

NOTA: Si se presenta condiciones inseguras para la actividad de inmediato y reporte al personal SST Y RESIDENTE DE OBRA para realizar el plan de accion inmediato (recuerde que prima la vida de los trabajadores) y se debe diligenciar otrom permiso de alturas y ATS

TR	PERSONAS QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	PERMISO SOLICITADO Y AUTORIZADO DEL ___ AL ___ DE _____ 202___ L	M	M	J	V	S	FIRMA	OBSERVACIONES
1	[illegible]	1.098.[illegible]	[illegible]		✓	✓				[illegible]	
2	[illegible]	1.[illegible]	[illegible]		✓	✓					
3											
4											
5											
6											
7											
8											

COORDINADOR DE ALTURAS	INSPECTOR SST	ENCARGADO D SUPERVISAR LA ACTIVIDAD	RESIDENTE DE OBRA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DE LA ACTIVIDAD
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIRMA CC 5[illegible]	FIRMA CC 5[illegible]	FIRMA CC	FIRMA CC

ESTE ESPACIO PARA : NOTIFICACION DE RIESGOS

DATOS QUE QUIEN REPORTA CONDICION	DATOS QUE QUIEN RECIBE EL REPORTE

PLAN DE ACCION A SEGUIR

	CONDICIONES SUBESTÁNDAR	ACCIÓN CORRECTIVA	FECHA DE CIERRE
1			
2			

No se autoriza iniciar la actividad hasta verificar el cierre CONDICIONES SUBESTÁNDAR

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO REALIZADO POR	VERIFICACION DE CUMPLIENTO
Nombres y apellidos	Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:
Cargo	Cargo:	Cargo:
Firma	Firma	Firma

Powered by CamScanner