RM INGENIEROS S.A.S

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	Página 1 de 2

PROYECTO	Mantenimiento		ALTURA APROXIMADA:
CIUDAD	BOGOTA	PERSONA QUE SUPERVISA LA ACTIVIDAD	Cristian Quiroga
UBICACIÓN ESPECIFICA	Torre piso 1		
FECHA Y HORA DE INICIO	4-12-2024	FECHA Y HORA DE FINAL	5-12-24 4:30 pm
ACTIVIDAD A REALIZAR	Toma huellas		
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD	Retiro plenbo asfaltico		
CONTRATISTA: SI X	NO	CUAL: Aseinar ingenieros	ACTIVIDAD RUTINARIA: SI X 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

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	UNIDAD	EPS	AFP	ARL
1	Alberto Alvarez Alfonso	Aux	Ministerio	Compensar Salud Total	Colpensiones Porvenir	Sura Sura
2						
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		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		CERTIFICADO		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Casco con Barbuquejo	SI		SI																
Gafas	SI		SI																
P. Auditivo	SI		SI																
P. Respiratoria	SI		SI																
Botas punta de acero	SI		SI																
Guantes Vaqueta	SI		SI																
Arnés cuerpo entero	SI		SI																
Eslinga con adsorbedor de energía		NO		NO															
Eslinga en y con adsorbedor de energía		NO		NO															
Eslinga de posicionamiento	SI		SI																
Línea de vida horizontal		NO		NO															
Línea de vida vertical	SI		SI																
Mosquetones	SI		SI																
Descendedores		NO		NO															
Freno		NO		NO															
Adaptador de anclaje		NO		NO															
Poleas		NO		NO															
OTROS																			

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

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

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

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

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

[redacted] | Fecha: [redacted] | Versión: 1 |

EQUIPOS DE ACCESO Y PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Uso de andamio certificado			N/A	
Uso de plataforma elevadora de tijera			N/A	
Uso de brazo hidráulico			N/A	
Uso de escalera tipo extin			N/A	
Uso de escalera tipo gato			N/A	
Uso de escalera de extensión			N/A	
Uso de escalera tipo tijera			N/A	
otros				

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Señalización de barreras			N/A	
Uso de demarcación	SI			
Aperturas de cubiertas			N/A	
Control de acceso	SI			
Puntos de anclaje	SI			Autorizados por arq. Carlos
Se socializo el MEDEVAC				
Se socializo el flujo grama de atencion en caso de presentarce un evento				
Se cuenta con el ayudante de seguridad Alonso pedraza				
Otros				

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

APROBACIONES PARA EJECUTAR EL TRABAJO

Como 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 caidas 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 4 AL 5 DE 12 202 4							
	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	L	M	M	J	V	S	FIRMA	OBSERVACIONES
1	ALFONSO NUÑOZ	7675915	AUX			V	V	V	V		
2	Alberto Alvarez	78758678				V	V	V	V		
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	NOBRES Y APELLIDOS
FIRMA: CC 52249300	FIRMA: CC: 52249300	FIRMA CC. 78758678	FIRMA CC. 1024594487

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 CUMPLIENTO
Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Firma.	Firma.	Firma.

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

RM INGENIEROS S A S

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 |

PROYECTO:	Ministerio	ALTURA APROXIMADA:	
CIUDAD:	Cund / BOGOTA	PERSONA QUE SUPERVISA LA ACTIVIDAD:	
UBICACIÓN ESPECIFICA:	7 piso torre 2 - Ministerio		
FECHA Y HORA DE INICIO:	6:am	FECHA Y HORA DE FINAL:	
ACTIVIDAD A REALIZAR:	retiro monto		
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD:	Retro Monto, Retiro monto fisurar - Con Herramienta manual		
CONTRATISTA: SI	NO	CUAL:	ACTIVIDAD RUTINARIA: SI X 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

TR	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	UNIDAD	EPS	AFP	ARL
1	Alvaro padilla	Doz.	Ministerio	Salud total	Colpensiones	Positiva
2	Adrian Ortiz G	Maestro	Ministerio	Compensar	Porvenir	Sura
3	Alfonso Muñoz	Dux. Ep	Ministerio	Salud total	Porvenir	Sura
4	Alberto Alvarez	Oficial	Ministerio	Colsubsidio	porvenir	Sura
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	SI		SI		SI		SI												
Gafas	SI		SI		SI		SI												
P. Auditivo.	SI		SI		SI		SI												
P. Respiratoria	SI		SI		SI		SI												
Botas punta de acero	SI		SI		SI		SI												
Guantes Vaqueta	SI		SI		SI		SI												
Arnés cuerpo entero	SI		SI		SI		SI												
Eslinga con adsorbedor de energía		NO		NO		NO		NO											
Eslinga en y con adsorbedor de energía		NO		NO		NO		NO											
Eslinga de posicionamiento	SI		SI		SI		SI												
Línea de vida horizontal	SI		SI		SI		SI												
Línea de vida vertical		NO		NO		NO		NO											
Mosquetones		NO		NO		NO		NO											
Descendedores		NO		NO		NO		NO											
Freno		NO		NO		NO		NO											
Adaptador de anclaje		NO		NO		NO		NO											
Poleas		NO		NO		NO		NO											
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	SI		SI		SI		SI										
2	Capacitacion en Riesgos y peligros durante la realizacion de la tarea	SI		SI		SI		SI										
3	Revision visual y reporte inmediato , Cambios en los EPCC,para su revusion autorización	SI		SI		SI		SI										
4	Medidas preventivas - Socializadas	SI		SI		SI		SI										
5	Socializacion del procedimiento seguro para la actividd a realizar	SI		SI		SI		SI										
6	Participo en la realizacion el ATS	SI		SI		SI		SI										
7	Me encuentro en optimas condiciones para REALIZAR ACTIVIDAD EN ALTURAS	SI		SI		SI		SI										

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?	SI		SI		SI		SI										
2	¿Conoce el procedimiento del trabajo a realizar?	SI		SI		SI		SI										
4	¿Cuenta con la afiliaciones EPS, AFP, ARL al dia?	SI		SI		SI		SI										
5	¿Esta en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	SI		SI		SI		SI										
6	¿Sufre de epilepsia, mareos, o vertigo?	SI	NO	SI	NO		NO		NO									
7	¿Se retiro cadenas, relojes, pulseras?	SI		SI		SI		SI										
8	¿Esta tomando algún medicamento que afecte sus condiciones? ¿Cuál?	SI	NO	-	NO		NO		NO									

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	Página 2 de 2

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Ubicacion de barandas	SI			
Uso de demarcación	SI			
Aperturas de cubiertas	SI			
Control de acceso	SI			
Puntos de anclaje	SI			
Se socializo el MEDEVAC	SI			
Se socializo el flujo grama de atencion en caso de pesentarce un evento	SI			
Se cuenta con el ayudante de seguridad Alvaro padilla CC: 1117203				
Otros				

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

APROBACIONES PARA EJECUTAR EL TRABAJO

Como 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 9 AL 14 DE Dic 2024							
	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	L	M	M	J	V	S	FIRMA	OBSERVACIONES
1	Alvaro padilla		Ayudante SST	✓	✓		✓	✓	✓	Alvaro Padilla	
2	Alfonso Hunter	7675915	Auxiliar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Alfonso Hunter	
3	Alberto Alvarez		Oficial	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4	Nicolas Gonzalez	1102842	Oficial	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
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
Sandra Rebo	Sandra Rebo	Apolinar Gonzalez	Cristian Amaya
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA	FIRMA
CC: 52299300	CC: 52299300	CC. 1.102423	CC. 1024591487

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.

Escaneado con CamScanner