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, 26 MAYO AL 31 DE MAYO 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)	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)**	72.10mts
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	NO X.
Tiempo estimado de duración:	8 HORAS	**Condiciones atmosféricas generales:**	ESTABLES - NORMALES

PERMISO CONCEDIDO A: (Personal Autorizado)

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

NOMBRE	# IDENTIFICACIÓN	TRABAJADOR AUTORIZADO (CERTIFICADO TSA)	ROL				ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				MEDIDAS, SISTEMAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE INSPECCIÓN DIARIA VISUAL DE CADA EQUIPO)												FIRMA
		SI / NO / NA	Coordinador de Alturas (operativo/campo)	Ayudante de Seguridad Alturas	Brigadista para rescate en alturas		Casco dieléctrico, con barbuquejo 3 puntos de apoyo	Gafas de seguridad	Guantes de seguridad	Botas de seguridad cuero o caucho y/o dieléctrica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo de off)	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	
Ermy Ortiz	1193201081				X		X	X	X	X	X												
Jose Betancur	12022019			X			X	X	X	X	X												
Fayder Castro	6097980						X	X	X	X	X												
Jhon Edgar Perez	94508184	X	X				X	X	X	X	X												
Luis Arboleda	12915795						X	X	X	X	X												

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

PDF Scanner ACE Scanner

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

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

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

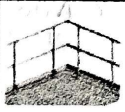
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

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

Tipo de trabajo:

Escriba SI ó NO:	Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? ____	Existe ingreso a zona peligro de caída 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,	Portaherramientas y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							
	X					X	X

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

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

(De acuerdo a las alturas y equipos)

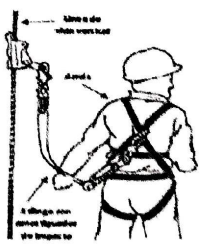
Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

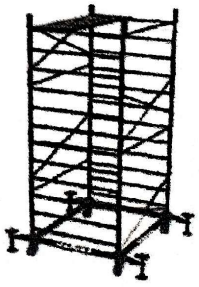
Describa, ilustre el RC en sus componentes:

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

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







Otras medidas de prevención colectiva:

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

¿cual?_____

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

PDF Scanner ACE Scanner

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 resisten 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (, stop y freno) e instaló líneas de vida, de ascenso-descenso, y de rescate (en cuerda y en buen estado)		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:

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		2025							
Hasta		2025	8:00 AM	5:00 PM	Miguel Felipe Rios C.C.: 1111793175			Jhon Edgar Reyes C.C.: 94503184	

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE/ACTIVIDAD (Supervisor/Ingeniero de área)				Trabajador designado con el ROL de COORDINADOR DE ALTURAS (operativo/campo)			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	X			El área queda limpia y sin residuos?	X		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			Se han presentado accidentes y/o incidentes?		X	
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales	X			Se termina la actividad programada?	X		
Otros			NA	Suspensión del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA: C.C.: 1111 793 175				NOMBRE Y FIRMA : C.C.: Jhon Edgar Reyes 94 503 184			

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

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

PDF Scanner ACE Scanner

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, 19 MAYO AL 24 DE MAYO 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)	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)	7.210mts
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	NO X
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 y/o 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	
Erm4ort n Rpera	1193201081	X		X	X		X	X	X	X												EPP
Fayder castro	6097980	X		X	X		X	X	X	X												Fayder Castro
Jose B ejarano	12022019	X		X	X		X	X	X	X												Jose B.
Jhon Edgar Rojas	94558184	X	X	X	X		X	X	X	X												Jhon Edgar Rojas

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

PDF Scanner ACE Scanner

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

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

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

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

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

Tipo de trabajo:

Escriba SI ó NO:	Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? ____	Existe ingreso a zona peligro de caída 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,	Portaherramientas y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							
X						X	X

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

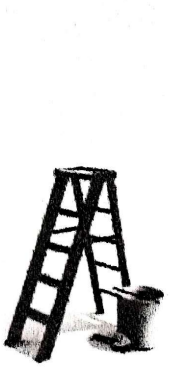
Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ____ NO___ (De acuerdo a las alturas y equipos)

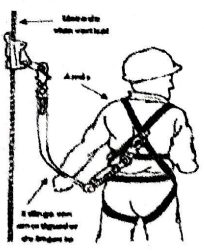
Describa, ilustre el RC en sus componentes:

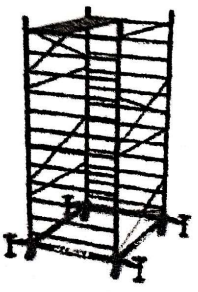
VARIABLE	INGRESE VALORES
A: Altura del trabajador	
B: Longitud de la eslinga	
C: Adsorvedor de choque	
E: Factor de seguridad	
D: Distancia de caída	
F=Distancia de Caída libre	

Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

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







Otras medidas de prevención colectiva:

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

Cual?____

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

PDF Scanner ACE Scanner

LAM	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 ignetes, que no se mueva, que resisten 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (stop y freno) e instaló lineas de vida de ascenso-descenso y de rescate (en cuerda y en buen estado)		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:

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 2025	7:30 AM	5:00 PM	Miguel felipe RIOS C.C: 1111 793 175		Jhon Edgar Reyes C.C.: 94 503 184	
Hasta 2025						

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: Miguel felipe RIOS C.C.: 1111 793 175				NOMBRE Y FIRMA : Jhon Edgar Reyes talero C.C.: 94 503 184 cali			

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

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

PDF Scanner ACE Scanner

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 tacheduras o enmedaduras.

CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CALI VALLE DEL CAUCA, 12 MAYO AL 17 DE MAYO 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 casual para la suspensión inmediata del Trabajo /2. El permiso aplica *únicamente* para el grupo de trabajo especificado /3. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso cambian, se deberá dar trámite a uno nuevo /4. En los casos en que se marque no aplica, se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones /5. Este permiso sólo puede ser revisado y verificado por el **SUPERVISOR ENCARGADO O COORDINADOR DE ALTURAS**.

Nombre del solicitante del permiso (Responsable del grupo de trabajadores que realizará la labor)	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)**	7.2.10mts
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	NO X
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 y/o dieléctica	Arnés cuerpo completo	Conectores para detención de caídas (absorbedor) o en "Y"	Conectores de restricción/posicionamiento	Sistemas de Anclajes (tipo fe oil)	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		
Erny Ortiz	1193201981				X		X	X	X	X	X													
Jose Bejarano	7202209			X			X	X	X	X	X													
Fandemir castro	6097980						X	X	X	X	X													
Jhon Edgar Peña	94508184	X	X				X	X	X	X	X													
Luis Alberto	12915715						X	X	X	X	X													

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

PDF Scanner ACE Scanner

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

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

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

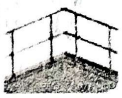
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

Cuando no cumpla 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? ____	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,	Portaherramientas y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							
X	X						X

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

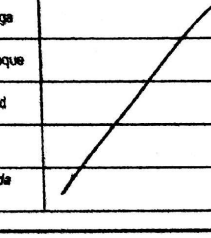
Aplica cálculo del requerimiento de Claridad RC? SI ____ NO ____

(De acuerdo a las alturas y equipos)

Describa, ilustre el RC en sus componentes:

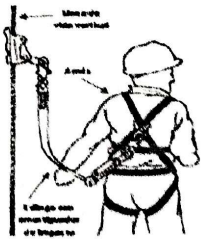
VARIABLE	INGRESE VALORES
A: Altura del trabajador	
B: Longitud de la eslinga	
C: Adsorvedor de choque	
E: Factor de seguridad	
D: Distancia de caida	
F=Distancia de Caida libre	

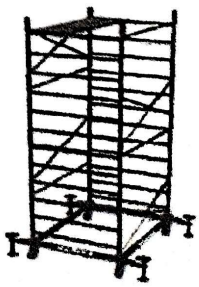
Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):



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







Otras medidas de prevención colectiva:

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

¿cual?____

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

PDF Scanner ACE Scanner

LAM	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 resisten 5000 Lb mínimo, tiene descendedor de cuerda (, stop y freno) e instaló líneas de vida de ascenso-descenso y de rescate (en cuerda y en buen estado)		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:

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		2025	7:30	5:30	Miguel Felipe Ríos	MRuR		Jhon Edgar Reyes	Jhon Edgar Reyes
Hasta		2025	AM	PM	C.C.: 1111 793 175			C.C.: 94503 184 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			N.A	Suspensión del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA: Miguel Felipe Ríos C.C.: 1111 793 175				NOMBRE Y FIRMA : Jhon Edgar Reyes C.C.: 94503 184			

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

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

PDF Scanner ACE Scanner

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, 5 MAYO AL 10 DE MAYO 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 autonze 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)	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)**	7.2 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**		**NO**	X
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 y/o 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		
Ermy arfa	1143201088				X		X	X	X	X	X														
Jose Bejarano	1102220			X			X	X	X	X	X														
#Fayderm Castro	6097980	Y	X				Y	X	X	X	X														
Jhon Edgar Tejeda	94503184						X	X	X	X	X														

Observaciones; inclusión de otros EPP o equipos complementarios:

PDF Scanner ACE Scanner

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

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

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

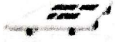
OBSERVACIONES o Justificación cuando se marque No Aplica en algún ítem: NO SE CUENTA CON OTRAS OBRAS CERCANAS A LA OBRA ALOJAMIENTO DE CADETES

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

Tipo de trabajo:

Escribe SI o NO	Existe ingreso a zona peligro de caída de objetos? ____	Existe ingreso a zona peligro de caída 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/ Líneas de advertencia	Barandas con rodapié/malla para objetos	Tapas para huecos (Taper cajas, otros)	Manejo de desniveles (superficie irregular)	Control de acceso (vigilantes de seguridad, puertas,	Portaherramienta s y/o sujetador	Vigía (Ayudante de Seguridad)
							
X	X					X	X

Análisis del Requerimiento de Claridad - RC

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

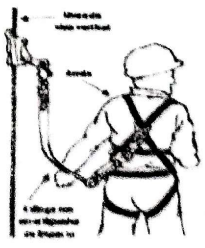
Requerimiento de Claridad RC calculado (en metros):

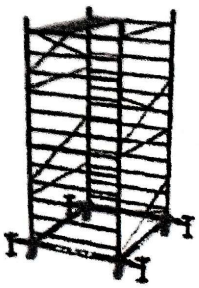
Describa, ilustre el RC en sus componentes:

VARIABLE	INGRESE VALORES
A: Altura del trabajador	
B: Longitud de la eslinga	
C: Adsorvedor de choque	
E: Factor de seguridad	
D: Distancia de 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 Retráctil		X
*Kit líneas de vida vertical portátil (línea, eslinga con absorbedor de impacto de 90 cm absorbedor/descendedor		X
*Kit líneas de vida horizontal (líneas de vida y 2 bandas de anclaje)	X	
*Andamios (colgantes, tubular)	X	
Casco tipo I o tipo II con barbuquejo	X	
Calzado de seguridad norma o dieléctrico	X	
Guantes (dieléctrico u otros)	X	
Protección auditiva	X	
Protección visual	X	
Protección respiratoria		X
*Escalera de extensión (2 o 3 cuerpos)		X
*Escalera tipo tijera		X
*Escalera tipo plataforma		X
*Elevador		X







Otras medidas de prevención colectiva:

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

¿cual?_____

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

PDF Scanner ACE Scanner

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

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

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

VALIDEZ Y APERTURA DEL PERMISO DE TRABAJO

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

FECHA (DD-MM-AA)		VALIDEZ (Horas)		Trabajador designado con el ROL de **RESPONSABLE ACTIVIDAD**			Trabajador designado con el ROL de **COORDINADOR DE ALTURAS**	
		Desde	Hasta	NOMBRE		FIRMA	NOMBRE	FIRMA
Desde	2025	8:00 AM	5:00 AM	Miguel Felipe Ríos		Miguel Ríos	Jhon Edgar Reyes	Jhon Reyes
Hasta	2025			C.C.: 1111 793 175			C.C.: 94503 184	

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			N A	Suspensión del permiso de trabajo?		X	
NOMBRE Y FIRMA: Miguel Felipe Ríos C.C.: 1111 793 175				NOMBRE Y FIRMA : Jhon Edgar Reyes C.C.: 94503 184			

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

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

PDF Scanner ACE Scanner