SERARCO S.A.S.	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	**Código: SST-F-084** **VERSION 2** **Fecha de vigencia :30 /10/2022**

I. INFORMACIÒN GENERAL

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN:		**RESPONSABLE DE LA ASIGNACIÓN DE LA LABOR:**		**COORDINADOR ALTURAS:**			**SUPERVISOR HSE:**					
PROYECTO:		**CIUDAD :**			**ACTIVIDAD RUTINARIA:**		**SI**		**NO**		**PERMISO DE TRABAJO No.**	
UBICACIÓN ESPECÍFICA:				**CONTRATISTA:**	**SI**		**NO**		**¿Cuál?**			
DESCRIPCIÒN DELA ACTIVIDAD:												
ALTURA APROXIMADA A TRABAJAR		**TRÀNSITO HORIZONTAL**		**TRÀNSITO VERTICAL**		**SUSPENSIÒN**		**ALTURA PROMEDIO DEL TRABAJADOR:**			**No. DE PERSONAS QUE EJECUTAN LA ACTIVIDAD:**	

II.PROCEDIMIENTO A REALIZAR :	**III. MATERIALES, HERRAMIENTAS Y EQUIPOS REQUERIDOS:**

IV. TRABAJADORES AUTORIZADOS: Verifique que todo el personal cuente con los elementos y equipos necesarios para realizar la actividad indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda
Para definir punto de anclaje tenga en cuenta:
Plataforma (P) - Andamio (A) - Escalera (E) - Estructura metálica (EM) - Estructura de concreto (EC) - Otros (O) y especificar tipo en observaciones

				V. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL							**VI. MEDIDAS DE PROTECCIÒN**													**VII. MEDIDAS COLECTIVAS**						**FIRMA**
											MEDIDAS ACTIVAS DE PROTECCIÓN										**SISTEMAS DE RESTRICCIÒN Y POSICIONAMIENTO**										
	NOMBRE	**CEDULA**	**CARGO**	Casco dieléctrico	Barbuquejo de 3 puntos	Protección visual	Protección Auditiva.	Protección respiratoria	Bota de seguridad	Guantes.	Línea de vida Horizontal	Línea de vida Vertical	Anclaje portátil	Punto de anclaje	Arnés cuerpo entero	Mosquetones.	Descendedores.	Arrestador	Pretales	Poleas	Eslinga con absorbedor de energía.	Eslinga en Y con absorbedor de energía.	Eslinga de posicionamiento.	Delimitación del área	Línea de advertencia	Señalización del área (incluye manejo de	Barandas	Control de acceso	Otros	
T1																														
T2																														
T3																														
T4																														
T5																														
T6																														
T7																														
T8																														
T9																														

VIII. CONDICIONES Y REQUERIMIENTOS DE APTITUD(T= empleado ejecutante) Indique Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

CONCEPTO A EVALUAR	**T1**		**T2**		**T3**		**T4**		**T5**		**T6**		**T7**		**T8**		**T9**		**OBSERVACIONES**
	S	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	
¿ Cuenta con el certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?.																			
¿ Cuenta con examen ocupacional con aptitud para trabajo en alturas?																			
¿Conoce el procedimiento y tiene la capacidad para su ejecución?																			
¿ Recibió entrenamiento en primeros auxilios?																			
¿ Cuenta con las afiliaciones EPS, AFP, ARL al día?.																			
¿ Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?.																			
¿ Ingirió alguna sustancia psicoactiva(depresores del Sistema Nervioso Central?																			
¿Ha comido en las últimas 4 horas?																			
¿ Cuantas horas durmió antes de iniciar esta jornada?.																			
¿Se retiró accesorios tales como: cadenas, relojes, pulseras, aretes, piercing , etc.?																			
¿ Consume algún medicamento que le impida realizar actividad en alturas; cuál ?.																			

IX. PRECAUCIONES GENERALES - VALIDACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÒN: Indique Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

CONCEPTO A EVALUAR	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
¿Análisis de trabajo seguro divulgado en charla pre operacional.?				
¿Programa de Protección contra caídas divulgado?				
¿Inspección previa de herramientas y equipos requeridos?				
¿Área adecuada para la instalación de sistemas de acceso para trabajo en alturas?				
¿Condición atmosférica adecuada para la ejecución de la actividad?				
¿Se contemplan riesgos relacionados con actividades simultáneas o de alto riesgo?				
¿Se verifican condiciones de la superficie de trabajo (lisas, húmedas o irregulares?				
¿Se establece control para caída de materiales?				

SERARCO S.A.S.	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	**Código: SST-F-084** **VERSION 2** **Fecha de vigencia :30 /10/2022**

X. MEDIDAS PASIVAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS			XI. OTROS SISTEMAS DE ACCESO. Para otros sistemas indique cuál y anexe lista de chequeo establecida			XII. EQUIPOS PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS					
SI	NO	Red de seguridad caída de materiales	SI	NO	Plataforma elevadora tipo tijera	SI	NO	Botiquín de primeros auxilios	SI	NO	Extintor
SI	NO	Red de seguridad detención caída	SI	NO	Plataforma elevadora tipo Manlift	SI	NO	Camilla rígida con arnés de sujeción	SI	NO	Sistemas de comunicación
SI	NO	Otros ¿Cuál?_____	SI	NO	Trabajo en suspensión	SI	NO	Inmovilizadores de extremidades	SI	NO	
			SI	NO	Otro ¿Cuál?	SI	NO	Otros ¿Cuál?	SI	NO	

SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

XIII. LISTA DE CHEQUEO PARA ESCALERAS Indique Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
¿La escalera están en adecuadas condiciones para su uso?				
¿Los escalones cuentan con superficie antideslizante?				
¿Cuenta con zapatas antideslizantes ?				
¿Hay empalme entre sí de dos o mas escaleras?.				
¿No se excede la capacidad de carga de la escalera ?				
¿Se conserva la distancia entre los escalones?				
¿Los escalones deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos?.				
¿Cuenta con plataforma superior y se encuentra en buen estado?				
¿Para actividades con riesgo eléctrico la escalera tiene material no conductor de electricidad ?				
¿Cuenta con bisagras y se encuentran en buen estado?				
¿Al subir o bajar se hace de frente a la escalera?.				
Mantenga apoyo de tres puntos para acceder o descender por la escalera (2 pies 1 mano / 2 manos 1 pie).				
XIV. LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS FIJOS Indique Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
¿El montaje o desmontaje del andamio es hecho por personas autorizadas?.				
¿Se cuenta con las herramientas adecuadas para el armado y desarmado de los andamios?				
¿El área de trabajo está señalizada?				
¿La Superficie de apoyo tiene la resistencia para soportar la carga (incluye trabajadores, materiales y herramientas)?				
¿El andamio se armo de forma correcta				
¿No se excede la capacidad de carga del andamio ?				
¿Sus partes no presentan deterioro o daño?				
¿Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)?.				
¿Los rocetones de las verticales se encuentran en buen estado?				
¿Las cuñas de las horizontales se encuentran en buen estado?				
¿La ménsula se encuentra asegurada correctamente?				
¿Cuenta con ruedas en buen estado y freno activo ?.				
¿Las plataformas se encuentran en buen estado y se aseguran a los laterales con los ganchos, adecuadamente?				
¿Cuenta con rodapiés y se encuentran en buen estado?				
¿Existe riesgo eléctrico?				
¿Se aseguran materiales o herramientas para evitar su caída ?				
¿No se moviliza el andamio con trabajadores subidos en el mismo?				
LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS MOVILES Indique Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
¿El montaje o desmontaje del andamio es hecho por personas autorizadas?.				
¿Se cuenta con las herramientas adecuadas para el armado y desarmado de los andamios?				
¿El área de trabajo está señalizada?				
¿Las barandillas se encuentran en buen estado y están a la altura adecuada?				
¿Las guayas se encuentran en buen estado, libres de corrosión y oxido?				
¿Cables de suspensión en buen estado?				
¿No se excede la capacidad de carga del andamio ?				
¿Los soportes se encuentran en buen estado?				
¿Se aseguran materiales y herramientas ?				
¿Adecuado funcionamiento del sistema de engranaje?				

XV. OBSERVACIONES:

Como responsable de área: He autorizado las labores y verificado en campo con el Coordinador de Alturas, la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a la actividad y los comunique al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Alturas: He verificado en área la aplicación del procedimiento seguro y la implementación de controles para minimizar los riesgos asociados para la ejecución de la actividad y autorizo la ejecución de la misma.

XVI. PLAN DE EMERGENCIA Indique Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

	¿Se implementaron medidas en caso de atención de emergencias ?		¿Se cuenta con brigada de emergencias para la atención de primeros auxilios?		¿Se cuenta con los recursos en caso de atención de emergencias?		¿Se divulgaron a los trabajadores las medidas establecidas en caso de emergencia?	**NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVACION DE LA EMERGENCIA:**	**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVACION DE LA EMERGENCIA:**	**CARGO DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVACION DE LA EMERGENCIA:**
								_____	_____	

XVII. VALIDEZ DEL PERMISO

FECHA (DD-MM-AA)	**DESDE:**	**HORA:**	**FIRMA Y CÈDULA DEL RESPONSABLE DEL ÁREA / ACTIVIDAD**	**FIRMA Y CEDULA DEL RESPONSABLE COORDINADOR DE ALTURAS**
	HASTA:	**HORA:**	**FIRMA Y CÈDULA DEL RESPONSABLE DEL ÁREA / ACTIVIDAD**	**FIRMA Y CEDULA DEL RESPONSABLE COORDINADOR DE ALTURAS**

XVIII. CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL ÁREA Y/O PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO				**RESPONSABLE SST Y/O COORDINADOR DE SEGURIDAD**			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	**S**	**N**	**OBSERVACIONES**	**PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:**	**S**	**N**	**OBSERVACIONES**
¿El trabajo ha sido terminado o aplazado?				¿El área queda limpia y sin residuos?			
¿El área de trabajo y los equipos quedan en adecuadas condiciones?				¿Se han presentado accidentes y/o incidentes?			
¿Entrego el área limpia y libre de residuos y materiales?				¿El permiso ha sido cerrado?			
Otros:				Otros:			

NOMBRE **CARGO** **C.C:**		**NOMBRE** **CARGO** **C.C**	