LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso		02	12	24	**Hora**	Desde:	8 am	Hasta:	5 pm
No. del permiso	01	**Responsable de la generación del trabajo**	Luis Avila.							
No. de Contrato/OS		**Proyecto**	Sena Tolima							
Tipo de trabajo.		**Rutinario**	X	**No rutinario**			**Altura aproximada de trabajo**	4 m		

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Maicol Stiv Rojas	1073171016	Nueva EPS	Sura	05-11-2024
2	Felix Antonio Ortiz.	1110574002	Nueva EPS	Sura	16-06-2024
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje de estructura metálica.

Localización exacta del trabajo:

Sena Regional Tolima.

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales		Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	
Herramientas de trabajo					

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.			
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.			
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			
OBSERVACIONES GENERALES			

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Maria Sti Rojas	1073171016		C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio ortiz	1110574002		C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110 517 572	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila	1110517572	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO

YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA, FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110517572

NOMBRE, FIRMA, FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 02/12/2024.

HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: NA.
- ☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	03	12	24	**Hora**	Desde:	8 am	Hasta:	5 pm
No. del permiso	01.	**Responsable de la generación del trabajo**			Luis Avila.				
No. de Contrato/OS		**Proyecto**	SENA TOLIMA.						
Tipo de trabajo.	**Rutinario** [X]	**No rutinario** [ ]			**Altura aproximada de trabajo**	4 M.			

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Marcel Stiven Rojas.	1073171016.	Nueva EPS	Sura.	05-11-24
2	Felix Antonio Cuta.	1110571002.	Nueva EPS.	Sura.	16-06-24
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje Estructura Metalica.

Localización exacta del trabajo:

Sena Regional Tolima

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales	X	Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	
Herramientas de trabajo					

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.	X		
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate	X		

OBSERVACIONES GENERALES

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcol Gil Reyes.	1073171016	M.	C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio Ortiz	1110574002.	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila	1110517572.	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572.	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO X

YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110517572.

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 03/12/24.
HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: N.A.
- ☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso		04	12	24	**Hora**	Desde:	8 am	Hasta:	5 pm
No. del permiso	01.	**Responsable de la generación del trabajo**			Luis Avila.					
No. de Contrato/OS		**Proyecto**	SENA Tolima.							
Tipo de trabajo.		**Rutinario**	X	**No rutinario**			**Altura aproximada de trabajo**		1 M.	

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Marco Gil Reyes.	1073171016	Sanitas.	Sura.	05-11-24
2	Felix Hubano Ortiz	11057400Z	Sanitas	Sura.	16-06-24
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje de Estructura Metalica.

Localización exacta del trabajo:

SENA Regional Tolima.

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales	X	Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.	X		
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			

OBSERVACIONES GENERALES	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcela Rojas	1073171016.	M	C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio Ortiz	1110574002.	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572.	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO X

YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110572572.

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 04/12/24.
HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: N.A.
- ☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	09	12	24	**Hora**	Desde:	8 am	Hasta:	5 pm
No. del permiso	01.	**Responsable de la generación del trabajo**		Luis Avila.					
No. de Contrato/OS		**Proyecto**		SENA Tolima.					
Tipo de trabajo.		**Rutinario**	X	**No rutinario**		**Altura aproximada de trabajo**		4M.	

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Marcel Stiven Rojas.	1073171016	Nueva EPS	Sura.	05-11-24
2	Felix Antonio Cutiz.	1110574002	Nueva EPS	Sura.	16-06-24
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje de Estructura Metalica.

Localización exacta del trabajo:

SENA Regional Tolima

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales	X	Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	
Herramientas de trabajo					

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.	X		
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			
OBSERVACIONES GENERALES			

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcol Ot. Reyes.	1073171016.	MR.	C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio Ortiz.	1105741002	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea
EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas
AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Ayala.	1105175372.	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Ayala.	1105175372.	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?	YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO
SI: ☐ NO: X	1105175372
YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO	NOMBRE, FIRMA , FECHA
NOMBRE, FIRMA, FECHA	FECHA (dd/mm/aa): 05/12/24
	HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: N.A.
- ☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	06	12	24	**Hora**	**Desde:**	8am	**Hasta:**	5pm
No. del permiso	01.	**Responsable de la generación del trabajo**			Luis Avila.				
No. de Contrato/OS		**Proyecto**			SENA Tolima.				
Tipo de trabajo.		**Rutinario**	X	**No rutinario**			**Altura aproximada de trabajo**	4M.	

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Marcel Gil Reyes.	1077171016	Nueva EPS	Sura.	05-11-24
2	Felix Antonio Cortez.	1110574002.	Nueva EPS	Sura.	16-06-24.
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje de Estructura Metalica.

Localización exacta del trabajo:

SENA Regional Tolima.

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes	X	Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad		Pretales	X	Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	
Herramientas de trabajo					

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.	X		
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			

OBSERVACIONES GENERALES	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcy Stiveth Oyola.	1073171016	M.	C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio Ortiz	1110574002	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572.	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO X

YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110574572.

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 06/12/24

HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: N.A
- ☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	07	12	24	**Hora**	Desde:	8am	Hasta:	5pm
No. del permiso	01.	**Responsable de la generación del trabajo**		Luis Avila.					
No. de Contrato/OS		**Proyecto**	SENA Tolima.						
Tipo de trabajo.	**Rutinario** X	**No rutinario**			**Altura aproximada de trabajo**	4M.			

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Marcol Stiven Rojas.	1073171016	Nuevas EPS.	Sura.	05-11-24
2	Felix Antonio Ortiz.	1110574002.	Nuevas EPS	Sura.	16-06-24
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje de Estructura Metalica.

Localización exacta del trabajo:

SENA Regional Tolima.

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales	X	Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.	X		
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			
OBSERVACIONES GENERALES			

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcal Stir Rojas.	1073176016	MA	C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio Ortiz	1110574002	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea
EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas
AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO

YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110517572

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 09/12/24
HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: N.A.
- ☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso		8	12	24	**Hora**	Desde:	8m	Hasta:	5pm
No. del permiso	01.		**Responsable de la generación del trabajo**			Luis. Avila.				
No. de Contrato/OS			**Proyecto**	SENA Tabuna.						
Tipo de trabajo.		**Rutinario** [X]	**No rutinario** [ ]			**Altura aproximada de trabajo**	4M.			

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Marcel Sto Rojas.	1073171016.	Nueva EPS	Sura.	05-11-24
2	Felix Antonio Ortiz	1110574002.	Nueva EPS.	Sura	16-06-24.
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje de Estructura Metalica.

Localización exacta del trabajo:

SENA Regional Tabuna.

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales	X	Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.	X		
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			

OBSERVACIONES GENERALES	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcel Stiven Reyes.	1073171016.	MR	C.C.	X	C.E.	
Felix Arturo Ortiz.	1110574002.	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572.	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572.	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO

YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110572572.

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 06/12/24.

HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: N.A.
- ☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	9	12	24	**Hora**	Desde:	8am	Hasta:	5pm
No. del permiso	01.	**Responsable de la generación del trabajo**	Luis Avila.						
No. de Contrato/OS		**Proyecto**	SENA Tolima.						
Tipo de trabajo.	**Rutinario** [X]	**No rutinario** [ ]			**Altura aproximada de trabajo**	4M.			

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Marcel St Rojas.	1073171016	Nueva EPS	Sura.	05-11-24
2	Felix Alonso Ortiz	1110574002	Nueva EPS.	Sura.	16-06-24
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje de Estructura Metalica

Localización exacta del trabajo:

SENA Regional Tolima.

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales	X	Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.	X		
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			

OBSERVACIONES GENERALES	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcel Gil Reyes.	1073171016.	MR.	C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio Ortiz	1110574902.	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110574572.	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110574572	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO X

YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110574572

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 9/12/24

HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: N.A.

☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	10	12	24	**Hora**	Desde:	8am	Hasta:	5pm
No. del permiso	01.	**Responsable de la generación del trabajo**			Luis Avila.				
No. de Contrato/OS		**Proyecto**	SENA Tolima.						
Tipo de trabajo.		**Rutinario**	X	**No rutinario**		**Altura aproximada de trabajo**	4M.		

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Miguel Stiv Rojas.	1073171016.	Nueva EPS	Sura.	05-11-24
2	Felix Antonio Ortiz	1110574002.	Nueva EPS	Sura.	16-06-24
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje estructura Metalica.

Localización exacta del trabajo:

SENA Regional Tolima.

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales		Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir			
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.			

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.			
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.			
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			

OBSERVACIONES GENERALES	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcos Stiven Royas.	1073171006.	Mr.	C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio Ortiz	1110574002	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea
EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas
AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572.	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI: | NO: X

YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110672572

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 10/12/24
HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad: N.A.
- ☐ Otros:

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	

LYCON CIVIL SAS
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	11	12	24	**Hora**	Desde:	8am	Hasta:	5pm
No. del permiso	01.	**Responsable de la generación del trabajo**		Luis Avila.					
No. de Contrato/OS		**Proyecto**	SENA Tolima.						
Tipo de trabajo.	**Rutinario** X	**No rutinario**			**Altura aproximada de trabajo**	4 M.			

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN No.	EPS	ARL	Certificado trabajo en alturas (Vigencia)
1	Marcal St. Rojas.	1073171016	Nueva EPS	Sura.	05-11-24
2	Felix Antonio Ortiz	1110574002	Nueva EPS	Sura.	16-06-24
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar : Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

Montaje Estructura Metalica.

Localización exacta del trabajo:

SENA Regional Tolima.

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utilizados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo		Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento		Auto retráctil	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	X
Protección auditiva		Mosquetón con cierre automático	X	Uso de andamio	X
Guantes antideslizantes		Anclaje portátil (Tie -off)	X	Uso de escalera	
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales		Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utilizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		

Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir	X		
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.	X		

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.		X	
Los anclajes fijos o portatiles son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.			X
En caso de utilizar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad	X		
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.			
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.			
Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate			

OBSERVACIONES GENERALES	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
Marcel Stiven Rojas.	1073171016.	MR	C.C.	X	C.E.	
Felix Antonio Ortiz	1110574002	Felix O.	C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA: He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea
EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entiendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas
AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila.	1110517572	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA
Luis Avila	1110517572	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACION NO.	FIRMA

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO

*YO COMO **EJECUTANTE**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO*

NOMBRE, FIRMA , FECHA

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

1110517572

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa): 11/12/2024.
HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

- ☐ *Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad:*
- ☐ *Otros:*

FECHA:				HORA:		AUTORIDAD DE ÁREA	