Bosque & Ciudad ARBORICULTURA	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	Código: SST-FOR-024
		Versión: 1
		Fecha:04/02/2025

No debe tener tachaduras o enmendaduras

AREA / LUGAR:	**SECRETARÍA DE MOVILIDAD SEDE CHICO**					Altura Aproximada Realizar la tarea
FECHA DE EXPEDICIÓN:	**23**	**12**	**2015**	**Hora inicio tarea:**	**8:00**	
VALIDO HASTA:	**23**	**12**	**2025**	**Hora terminacion tarea:**	**14:00**	**9 más**
TIPO DE TRABAJO	**Poda de árboles**					

Descripción y procedimiento de la tarea a desarrollar: Ascenso por línea de vida, posicionamiento en copa, corte con serrote de ramas delgadas, descenso de ramas, descenso del operario

ASPECTOS GENERALES (Estos aspectos se deben verificar a diario por parte del coordinador de trabajo en alturas)	**SI**	**NO**	**N/A**
Los trabajadores realizaron el ATS y fueron comunicados los riesgos			
Se mantiene una distancia segura con las líneas y equipos eléctricos energizados, los equipos son acordes (dieléctricos)			
El trabajador realizó la inspección de las herramientas a utilizar y se encuentran en buen estado			
Se requiere de autorizar otro permiso (espacios confinados, trabajo en caliente, izaje de cargas)			

NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO

Con mi firma, manifiesto que la información aquí consignada corresponde a mis condiciones

N°	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**TIPO DOC.**	**NÚM. DOCUMENTO**	Conoce el procedimiento de trabajo de la tarea a realizar	Miedo a las alturas (acrofobia)?	**APTO** concepto médico para Trabajo en Alturas.	¿Certificación vigente como Trabajador Autorizado?	Seguridad social vigente (EPS, ARL, AFP)?	**FIRMA TRABAJADOR**
1	AMAURY DAVID MENDOZA VARGAS	CC	1041257460	SI	NO	SI	SI	SI	
2									
3									
4									
5									

Ayudante de seguridad	SI	X	NO		**Nombre del ayudante Designado**	LUIS VILLERO	**Firma del Ayudante**	LUIS E

ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

(Solo se marca "SI" en caso que el elemento haya sido inspeccionado por el trabajador autorizado y este en buen estado para su utilización).

ELEMENTO A VERIFICAR	**LUNES**			**MARTES**			**MIÉRCOLES**			**JUEVES**			**VIERNES**			**SÁBADO**			**DOMINGO**		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Arnes				X																	
Cordino				X																	
Eslinga Notsch				X																	
Jetstep				X																	
Línea de vida Sterling				X																	
Loop Runner				X																	
Loop Runner 2				X																	
Mosquetón				X																	
Polea Notch				X																	
Rope Runner Pro				X																	
Salvaramas				X																	
Flow				X																	
Fix				X																	
Punto de anclaje (La verificación se realiza aplicando el doble del peso del operario durante 10 segundos antes del ascenso.)				X																	
Kit de rescate				X																	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (Deberán ser acordes a los riesgos y requerimientos propios de la tarea).

(Solo se marca "SI" en caso que el elemento haya sido inspeccionado por el trabajador autorizado y este en buen estado para su utilización).

ELEMENTO A VERIFICAR	**LUNES**			**MARTES**			**MIÉRCOLES**			**JUEVES**			**VIERNES**			**SÁBADO**			**DOMINGO**		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Ropa de trabajo				X																	
Casco con barbuquejo				X																	
Calzado de seguridad				X																	
Guantes				X																	
Protección respiratoria				X																	
Protección auditiva				X																	
Otro _____																					

MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAÍDAS

(Solo se marca "SI" en caso que la medida de prevención cumpla con los reequisitos técnicos de la Res 4272).

ELEMENTO A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Señalización y Delimitación del área				X																	
Lineas de vida				X																	
Sistemas progresion y descenso (x(Flow / Fix / Rope Runner Pro / Jetstep)				X																	
Equipo de rescate				X																	
Condiciones ambientales (Tormenta, lluvia, visibilidad adecuada)				X																	
Punto de anclaje (La verificación se realiza aplicando el doble del peso del operario durante 10 segundos antes del ascenso.)				X																	

SISTEMA DE ACCESO

(Solo se marca "SI" en caso que el SISTEMA DE ACCESO haya sido inspeccionado y este en buen estado para su utilización).

ELEMENTO A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Escalera de Tijera						X															
Sistema de acceso por cuerda (Flow / Fix / Rope Runner Pro /				X																	
Líneas de progresión y descenso certificadas (Sterling u otra)				X																	
Puntos de anclaje verificados				X																	

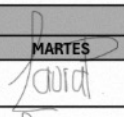
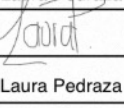
TÉCNICAS DE TRABAJO A REALIZAR (marque con una x las que serán utilizadas)

Detención de caídas		Restricción de caídas		Posicionamiento de trabajo	X	Suspensión		Otro, Cuál?			
¿Se Cálculo el requerimiento de claridad para el trabajo a realizar?	**SI**	X	**NO**		**La distancia es suficiente para que el trabajador en caso de caída no se golpeé contra el suelo o un obstáculo en la caída.**			**SI**	X	**NO**	

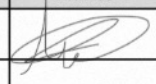
PLAN DE EMERGENCIAS

Plan rescate	SI	X	NO		**Nombre Trabajador Designado Activación Plan de Rescate**	**Luis Villero**			**Firma**				
Se cuenta con los elementos necesarios para la atención de una emergencia					**Botiquín**	X	**Inmovilizadores**	X	**Atención heridas y hemorragias**	X	**Camilla**	**X**	

EMISIÓN DEL PERMISO

AUTORIZACIONES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO							
NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO		Laura Pedraza					
FIRMA DEL COORDINADOR DE ALTURAS							
NOMBRE DEL COORDINADOR DE ALTURAS		Laura Pedraza					

EMISIÓN PERMISO - TRABAJADORES AUTORIZADOS (FIRMAS)

NOMBRE y APELLIDO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
AMAURY DAVID MENDOZA							

CANCELACIÓN DEL PERMISO

FIRMA DE QUIEN CANCELA EL PERMISO							
NOMBRE DE QUIEN CANCELA EL PERMISO							
CARGO DE QUIEN CANCELA EL PERMISO							
	Lunes	**Martes**	**Miercoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sabado**	**Domingo**
MOTIVO DE LA CANCELACIÓN DEL PERMISO							

OBSERVACIONES