MEGACONSTRUCCIONES MEDELLIN S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FT-SST-045
	FORMATO PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	Fecha: agosto 2024
		Versión 01
		Página 1 de 4

DESDE: 25-02-2025	HASTA: 01-03-2025	HORA DE INICIO:	7:20 am
		HORA FINAL:	12:00 pm

TÉCNICA DE TRABAJO: Desplazamiento ☐ Restricción ☐ Posicionamiento ☐ Detección ☐

TRABAJO EN ALTURA	✓	TRABAJO EN CALIENTE		OTRO. ¿Cual?
ALTURA PROMEDIO	4 metros			

LUGAR DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVDAD

Bodega Guayabal LOTE 1

TIPO DE TRABAJO - DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Mantenimiento de techo (tablilla, manto, teja cuando sea requerido)

(Remitirse al programa de protección contra caídas)

IDENTIFIQUE LOS PELIGROS

Golpes por o contra	✓	Descargas atmosféricas	✓	Proyección partículas	✓
Superficies irregulares y/o húmedas	✓	Lluvia	✓	Caídas de objetos o materiales	✓
Trafico de peatones	✓	Caídas / Altura	✓	Manipulación de objetos químicos	
Fuertes vientos		Atrapamientos		Contacto eléctrico directo e indirecto	✓

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

MEDIDAS DE PREVENCIÓN		MEDIDAS DE PROTECCIÓN		SISTEMAS DE ACCESO		DOTACIÓN Y EPP	
Capacitación	✓	Arnés de cuerpo completo	✓	Escaleras de Tijera		Casco con barbuquejo	✓
Delimitación		Línea de vida Auto-retractil		Manlift		Gafas de seguridad	✓
Señalización	✓	Eslingas de posicionamiento	✓	Estructura		Guantes antideslizantes	✓
Control de acceso		Cintas de anclaje		P. Elevador de tijera		Protección auditiva	
Demarcar zonas		Anclaje europeo Manucroche		Escaleras de extensión.	✓	botas antideslizantes	✓
Ayudante de seguridad		Kit de rescate				Chaleco Reflectivo	

DESCRIBA LAS HERRAMIENTAS A UTILIZAR:

Teja, tablilla, puntillas, martillo, mini serrucho, manto.

Powered by CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FT-SST-045
MEGACONSTRUCCIONES MEDELLIN S.A.S	FORMATO PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	Fecha: agosto 2024 Versión 01 Página 1 de 4

LISTA DE VERIFICACIÓN	VERIFICACIÓN			REVALIDACIÓN		
	SI	NO	N. A	SI	NO	N. A
¿El trabajador ha inspeccionado y revisado el estado del sistema de ascenso/descenso y/o EPPCC a utilizar?	✓					
¿Se ha revisado el estado de la estructura antes de instalar el equipo de ascenso/descenso esta correctamente ensamblada?	✓					
¿El área de trabajo ha sido despejada, cubriendo el material que no puede ser retirado?	✓					
¿Se encuentran los equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado?	✓					
LISTA DE VERIFICACIÓN	**SI**	**NO**	**N. A**	**SI**	**NO**	**N. A**
¿El trabajador ha instalado el arnés de seguridad en alturas mayores a 2,00 metros y ha sido conectado a una linea de vida Auto -retráctil, al manucroche y a la estructura?	✓					
¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para carga objetos, materiales y/ el kit de rescate en caso de una emergencia?	✓					
¿El trabajador cuenta con el examen ocupacional para alturas y es apto?	✓					
¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante este trabajo?	✓					
¿Los trabajadores están certificados en alturas como trabajador autorizado?	✓					
¿Se le informó al trabajador las condiciones para interrumpir el permiso?	✓					
¿El área de trabajo se ha delimitado y aislado convenientemente?	✓					
¿El trabajador se ha colocado todos los elementos de protección personal y están en buen estado?	✓					
¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?		✓				
¿Se ha diligenciado y divulgado el ATS de la actividad a realizar?	✓					
¿El trabajador cuenta con afiliaciones a la seguridad social vigente?	✓					
¿En caso de presentarse trabajos cercanos a líneas energizadas, se verifico la proximidad de la misma?	✓					
¿Luego de terminar el trabajo, se ha revisado que tanto el equipo utilizado como el área de trabajo quedan en buenas condiciones de orden y aseo?	✓					
¿En caso del uso de Andamio se verifica que las ruedas se encuentran aseguradas durante el trabajo y el coordinador de alturas está presente durante su traslado?	✓					
¿El trabajador presenta algún trastorno Osteomuscular Activo?		✓				
¿El trabajador presenta algún trastorno del equilibrio (Mareo, Vértigo)?		✓				
¿El trabajador presenta algún trastorno del sueño?		✓				
¿El trabajador presenta algún trastorno auditivo?		✓				
¿El trabajador presenta alguna enfermedad Diarreica?		✓				
¿El trabajador presenta algún trastorno respiratorio?		✓				
¿El trabajador consume medicamentos que afecten los órganos de los sentidos, capacidad de reacción, o función neuromuscular?		✓				

Powered by CamScanner

MEGACONSTRUCCIONES MEDELLIN S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FT-SST-045
	FORMATO PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	Fecha: agosto 2024 Versión 01 Página 1 de 4

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO
FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA) "He participado en el análisis de riesgos, he revisado los elementos de protección personal que me han entregado para la labor, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo las medidas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos o incidentes y/o accidentes presentados"

FIRMA DE LOS TRABAJADORES

	NOMBRES Y APELLIDOS	No. Id.	Cargo	Firma
1	Leonel Olarte	1035282670	Oficial	
2	Jorge Bolaños	98763256		
3				
4				
5				

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

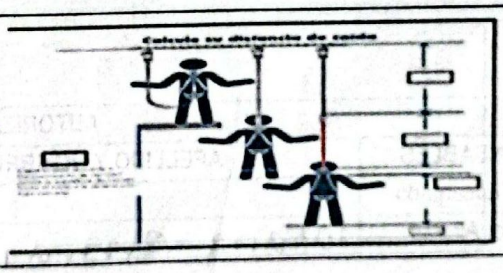
RESPONSABLES	APELLIDO Y NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Residente/Encargado			
Coordinador Alturas	Tahana Omar	1039724806	

En caso de presentarse una situación donde cambien las condiciones del permiso de trabajo en alturas que inicialmente se emitió, será suspendida la actividad para revalidar las condiciones, mejorar y evaluar cierre definitivo o continuación de las actividades.

Powered by CamScanner

MEGACONSTRUCCIONES MEDELLIN S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FT-SST-045
	FORMATO PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	Fecha: agosto 2024 Versión 01 Página 1 de 4

SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DEL PERMISO				
Cancelación de permisos por termino de incumplimiento de medidas	**Marce con una X la condición que se presenta**	**Hora de cancelación o suspensión**	**Hora de revalidación**	**FIRMA DE RESPONSABLES Coordinador Trabajo en alturas y/o Dueño de la Tarea**
Condiciones climatológicas	☐			
Suspensión de trabajo por cambios de trabajo	☐			
Cierre de permiso por cambios de actividad	☐			
Cierre de permiso por finalización de actividades	☐			

CALCULO REQUERIMIENTO DE CLARIDAD			
A	LONGITUD DE CAIDA LIBRE	1.20	
B	DISTANCIA DE DESACELERACION	0.10	
C	ESTATURA DEL TRABAJADOR	1.65	
D	FACTOR DE SEGURIDAD	0.60	

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner