CONSORCIO RECREAR	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: HSE-FOR-13
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:			
N° CONTRATO		CIUDAD	
ENTIDAD CONTRATANTE		NIT	
EMPRESA CONTRATISTA		NIT	
UBICACIÓN ESPECIFICA:			
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:			
ACTIVIDAD A REALIZAR		ACTIVIDAD RUTINARIA	SI / NO
DESCRIPCIÓN DE LA TAREA		ALTURA APROXIMADA (M)	
HERRAMIENTAS A UTILIZAR			

I. PERMISO CONCEDIDO A

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

N°	NOMBRE	CÉDULA / PEP	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION ANTICAIDAS CERTIFICADO RESOLUCIÓN 4272 DE 2021																							FIRMA
			Casco dieléctrico con barbuquejo	Gafas de seguridad	Guantes antideslizantes	Protección auditiva	Protección respiratoria	Botas industriales con zuela antideslizante	Arnés de cuerpo completo	Eslinga sencilla de posicionamiento	Eslinga sencilla con absorvedor	Eslinga de restricción en Y	Eslinga en Y con absorvedor	Línea de vida horizontal	Línea de vida vertical	Mosquetones	Ascendedores de puño	Descendedor ID	Freno	Poleas	Anclaje portátil (Tie off)	Anclaje fijo	Pretales	Otro	Otro	Otro	Otro	
T1																											
T2																											
T3																											
T4																											
T5																											

II. CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO (T= empleado ejecutante)

CONCEPTO A EVALUAR	T1		T2		T3		T4		T5		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Cuenta con exámen médico ocupacional con enfasis en alturas vigente?											
¿Cuenta con afiliaciónes EPS, AFP, ARL al día?											
¿Cuenta con certificado de trabajador autorizado vigente?											
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?											
¿Recibió entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?											
¿Ingirió licor en las últimas 24 horas ?											
¿Se retiró cadenas, relojes, pulseras?											
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ? ¿Cuál?											
¿Se siente bien física y mentalmente, y capaz de realizar la actividad?											

III. MEDIDAS DE PREVENCIÓN - PRECAUCIONES GENERALES

CONCEPTO A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
¿El área de trabajo está señalizada y demarcada con cinta, conos, señales, polisombra u otro?				
¿Las herramientas y los equipos de trabajo para alturas fueron inspeccionados y se encuentran en buenas condiciones para su uso?				
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?				
¿Se cuentan con controles de caída de materiales?				
¿El calzado de seguridad está libre de grasa o barro?				
¿Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro y lo socializan con todo el grupo de trabajo antes de iniciar la labor?				
¿El área de trabajo fue revisada, despejada y cumple condiciones de rescate o emergencia?				

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO				EQUIPO DE EMREGENCIAS Y/O RESCATE				SISTEMA DE PROTECCION COLECTIVA			
Andamio multidireccional		Canastilla		Camilla Rigida		Elem. atención heridas		Barandas		Plataformas	
Escalera		Elevador		Extintor		Botiquín		Redes		Lineas de Advertencia	
Silla de suspensión		¿Otros? ¿Cúal?		Equipo Rescate Alturas		¿Otros? ¿Cúal?		Pasarela		¿Otros? ¿Cúal?	

IV. ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)

CONCEPTO A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
¿Se cuentan con buenas condiciones atmosféricas (viento, lluvia, etc.) adecuadas?				
¿El lugar de trabajo se encuentra libre y despejado al iniciar la actividad?				

¿Se han establecido y verificado los puntos de anclaje por cada trabajador?				
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor de área de trabajo?				
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?				
¿Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas?				
¿Se cuentan con medidas que garantizan el trabajo con líneas o equipos energecidos?				
¿Otros peligros en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, cortantes, iluminación, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)				
¿Sistemas de posicionamiento, restricción o detencción de caídas a utilizar?				
¿Cuáles son las medidas de prevención requeridas?				
¿Cuántos metros libres requiere en caso de caída?				
¿Qué materiales o recursos van a utilizarse?				

ANÁLISIS DE LA TAREA

PASOS SIGNIFICATIVOS	RIESGOS / CONSECUENCIAS	CONSTROLES Y SOLUCIONES

V. LISTA DE CHEQUEO DE ESCALERAS Y/O ANDAMIOS (SI APLICA)

LISTA DE CHEQUEO PARA ESCALERAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)				
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados				
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.				
Hay empalme entre sí de dos o mas escaleras				
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida.				
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros				
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.				
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera es dieléctrico				
Ellas se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?				
LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS FIJOS Y MÓVILES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
El montaje o desmontaje del andamio es hecho por personas autorizadas				
El personal a cargo del montaje y desarme de andamios cuenta con la herramienta adecuada				
El área de trabajo está señalizada				
La superficie de apoyo es firme, plana y rígida, y soporta la carga máxima de diseño, sin hundirse o desplazarse.				
El andamio está completo y sus partes no presentan averías ni estan oxidadas				
Las plataformas estan asegurados entre si y al andamio				
Andamio diseñado para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales				
Se asegura que los andamios no sean remolcados por algún vehículo.				
Existen líneas eléctricas aéreas en las inmediaciones?				
Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)				
Zapatas y ruedas correctamente posicionadas y con el freno activo?				

V. OBSERVACIONES

VI. VALIDACIÓN Y REVALIDACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABILIDADES DEL PERMISO

Como **Responsable de Área**, he verificado en campo con el Coordinador de Seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.
Como **Coordinador de Trabajos en Alturas**, he verificado en campo con el supervisor de área 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.
Como **Responsable de activar el Plan de Emergencias**, declaro estar disponible para que, de ser necesario, realizar el reporte de inmediato y activar el Plan de Emergencias.
Como **Ayudante de Seguridad**, he revisado las condiciones de seguridad en el sitio de trabajo y estoy dispuesto a controlar el acceso a las áreas de riesgo de caída de objetos o personas.

AYUDANTE DE SEGURIDAD (OPCIONAL)

NOMBRE		CÉDULA / PEP		FIRMA	

VALIDEZ DEL PERMISO			NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO (RESPONSABLE DE ÁREA)	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE TRABAJOS EN ALTURAS
	INICIO	FINAL			
HORARIO					
FECHA					

REVALIDACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO												
FECHA	DÍA 1		DÍA 2		DÍA 3		DÍA 4		DÍA 5		DÍA 6		DÍA 7	
FIRMA DEL COORDINADOR DE TRABAJOS EN ALTURAS														

Nota: El Coordinador de Trabajos en Alturas es el responsable de revalidar el permiso de trabajo, siempre y cuando se mantengan las condiciones iniciales descritas en el presente documento. Si se presentan cambios de horarios de turno, cambios de coordinador, cambios de trabajadores autorizados, cambios de autoridades que validen el permiso, cambios de las condiciones iniciales del trabajo, entre otros, se debe cerrar el presente permiso y generar uno nuevo.

VII. CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado				El área queda limpia y sin residuos			
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras				Se han presentado accidentes y/o incidentes			
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales				El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente			
Otros:				Otros:			
NOMBRE Y FIRMA				NOMBRE Y FIRMA			