

|                                  |        |                             |                                        |                                     |                                    |          |                                        |                                     |      |                          |
|----------------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------|----------------------------------------|-------------------------------------|------|--------------------------|
| ESCALERA PORTÁTIL                | Aplica | <input type="checkbox"/>    | N.A.                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | SISTEMA DE ASCENSO                 | ANDAMIOS | Aplica                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | N.A. | <input type="checkbox"/> |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD             |        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            |                                     | ASEGURADO EN LA BASE               |          | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>         |      |                          |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO |        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>               |                                     | MÓDULOS EN BUEN ESTADO             |          | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>            |      |                          |
| INCLINACIÓN (4:1)                |        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>               |                                     | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO |          | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>            |      |                          |
|                                  |        |                             |                                        |                                     | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS     |          | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>            |      |                          |
|                                  |        |                             |                                        |                                     | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE    |          | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>            |      |                          |
| ESCALERA FIJA                    |        | SI <input type="checkbox"/> | NA <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO   |          | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/>         |      |                          |

|                                |                                              |                                                          |                                               |
|--------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? | TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> | TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> | TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO**

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE? SI: ☒ NO: ☐

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS SI: ☒ NO: ☐

SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA? SI: ☒ NO: ☐

¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS? SI: ☒ NO: ☐

¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES? SI: ☒ NO: ☐

LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO? SI: ☒ NO: ☐

**OBSERVACIONES:**

**PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO**

NOMBRE Alberto CÉDULA 16184758 FIRMA Alberto

**AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA**

NOMBRE neider varon CÉDULA 1007279345 FIRMA neider varon

**COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS**

NOMBRE Llory Janeth Ramirez CÉDULA 65828.126 FIRMA Llory Ramirez

Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades.

CÓDIGO SST 10000 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/01/2011 VERSIÓN 1.0

## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

|                                  |        |                          |                          |                                     |                                     |                                    |        |                                     |                                     |                          |                          |
|----------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ESCALERA PORTÁTIL                | Aplica | <input type="checkbox"/> | N.A.                     | <input checked="" type="checkbox"/> | SISTEMA DE ASCENSO                  | ANDAMIOS                           | Aplica | <input checked="" type="checkbox"/> | N.A.                                | <input type="checkbox"/> |                          |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD             |        | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                                  | <input type="checkbox"/>            | ASEGURADO EN LA BASE               |        | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | MÓDULOS EN BUEN ESTADO             |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INCLINACIÓN (4:1)                |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                  |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS     |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                  |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE    |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ESCALERA FIJA                    |        | SI                       | <input type="checkbox"/> | NA                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO   |        | SI                                  | <input type="checkbox"/>            | NO                       | <input type="checkbox"/> |

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? ☒ TRABAJOS ELÉCTRICOS ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ TRABAJOS EN CALIENTE ☐

### LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE? SI: ☒ NO: ☐

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS SI: ☒ NO: ☐

SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA? SI: ☒ NO: ☐

¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS? SI: ☒ NO: ☐

¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES? SI: ☒ NO: ☐

LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO? SI: ☒ NO: ☐

### OBSERVACIONES:

#### PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Alberico CÉDULA 16164758 FIRMA Alberico

#### AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE Neider Uzon CÉDULA 1007289345 FIRMA Neider Uzon

#### COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Lisset Janeth Ramirez CÉDULA 65828126 FIRMA Lisset Janeth Ramirez

Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades.

CÓDIGO SST

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

VERSIÓN



| ESCALERA PORTÁTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          | SISTEMA DE ASCENSO       |                                     | ANDAMIOS                           |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | N.A                      | <input checked="" type="checkbox"/> | Aplica                             | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | SI                       | NO                                  | ASEGURADO EN LA BASE               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | MÓDULOS EN BUEN ESTADO             | <input checked="" type="checkbox"/> |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                                     | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS     | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                                     | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESCALERA FIJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | SI                       | NA                                  | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO   | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                                     |                                    | <input type="checkbox"/>            |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                                     | SI:                                | NO:                                 |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |                          |                          |                                     | SI:                                | NO:                                 |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                                     | SI:                                | NO:                                 |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                                     | SI:                                | NO:                                 |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                                     | SI:                                | NO:                                 |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |                          |                          |                                     | SI:                                | NO:                                 |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
| PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Alfredo                  |                          | CÉDULA                              | 16187758 FIRMA Alfredo             |                                     |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | J. Hanevaldi             |                          | CÉDULA                              | 97476377 FIRMA J. Hanevaldi        |                                     |
| COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cristianeth Ramirez      |                          | CÉDULA                              | 65828126 FIRMA Cristianeth Ramirez |                                     |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                          |                          |                                     |                                    |                                     |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  |                          |                                     | VERSIÓN                            |                                     |



## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 03 MES: 05AÑO: 2026Hora inicio: 07:30CENTRAL/SEDE: CHAYAPALVALIDO HASTA: DIA: 03 MES: 05AÑO: 2026Hora final: 18:00

CONTRATO N°: \_\_\_\_\_

### PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS   | CLASE DE DOCUMENTO<br>CC -CE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA                 |
|----|-----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------|
| 1  | Alfonso Caceres       | CC                           | 006854071           | Alfonso Caceres       |
| 2  | Carlos Rodriguez      | CC                           | 14701195            | Carlos Rodriguez      |
| 3  | Willington Ramirez B. | C.C.                         | 0106787119          | Willington Ramirez B. |
| 4  | Fernando Caicedo      |                              | 1106788107          | Fernando Caicedo      |
| 5  |                       |                              |                     |                       |
| 6  |                       |                              |                     |                       |

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

NUOVO PROTECTOR ADOPAL SAN JUAN BAUTISTA

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

INSTALAR CANTILLO DE CERRAMIENTOTIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☒ NO RUTINARIO ☐ ALTURA APROXIMADA: \_\_\_\_\_

### MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

|                                                                                   |                                     |                                     |                          |                                     |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Aplica                                                                            | N.A.                                | Aplica                              | N.A.                     | Aplica                              | N.A.                                |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL                                                          |                                     | ANCLAJE                             |                          | LÍNEA DE VIDA VERTICAL              |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA                                                                           |                                     |                                     |                          | ARRESTADOR DE CAIDA (freno)         |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO<br>(Solo para trabajos a más de 6 mt de altura) |                                     |                                     |                          | CASCO CON BARBUQUEJO                |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS INTEGRAL                                                                    |                                     |                                     |                          | GAFAS DE PROTECCIÓN                 |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| ESLINGA POSICIONAMIENTO                                                           |                                     |                                     |                          | GUANTES                             |                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| CINTA DE ANCLAJE PORTATIL                                                         |                                     |                                     |                          | GANCHOS O MOSQUETONES               |                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD                                                             |                                     |                                     |                          | SEÑALIZACIÓN                        |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| CONTROL CAÍDA DE OBJETOS                                                          |                                     |                                     |                          | I'D                                 |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| BARANDAS                                                                          |                                     |                                     |                          | YUMAR                               |                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: HERRAMIENTAS MANUALESVERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: 3, 4, 5, 6

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                     | SI                                  | No                                  | SI                                  | No                                  | SI                                  | No                                  |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antiepilépticos?                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

# SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL

Aplica

☐

N.A.

☒

ANDAMIOS

Aplica

☒

N.A.

☐

ZAPATAS DE SEGURIDAD

RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO

INCLINACIÓN (4:1)

SI

NO

☐
☐
☐
☐
☐
☐

ASEGURADO EN LA BASE

MÓDULOS EN BUEN ESTADO

PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO

PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS

SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE

SI

NO

☒
☐
☒
☐
☒
☐
☒
☐

ESCALERA FIJA

SI

NA

☐
☒

RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO

SI

NO

☐
☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES?

☒

TRABAJO ELÉCTRICOS

☐

TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

☐

TRABAJO EN CALIENTE

☐

## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?

SI:

☒

NO:

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS

SI:

☒

NO:

SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?

SI:

☒

NO:

¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?

SI:

☒

NO:

¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?

SI:

☒

NO:

LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?

SI:

☒

NO:

## OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Luis Fernando Lasso CÉDULA 1005853087 FIRMA Luis Fernando Lasso

AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE Fernando Caicedo CÉDULA 1106488108 FIRMA Fernando Caicedo

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Luis Janeth Ramirez CÉDULA 65828126 FIRMA Luis Janeth Ramirez

Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades.

CÓDIGO SST

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

VERSIÓN

## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ESCALERA PORTÁTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Aplica | <input type="checkbox"/> | N/A                      | <input checked="" type="checkbox"/> | SISTEMA DE ASCENSO       | ANDAMIOS                                                             | Aplica | <input checked="" type="checkbox"/> | N/A                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | <input type="checkbox"/> | SI                       | <input type="checkbox"/>            | NO                       | ASEGURADO EN LA BASE                                                 |        | <input checked="" type="checkbox"/> | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | MÓDULOS EN BUEN ESTADO                                               |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO                                   |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS                                       |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE                                      |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ESCALERA FIJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        | <input type="checkbox"/> | SI                       | <input checked="" type="checkbox"/> | NA                       | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                     |        | <input type="checkbox"/>            | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |        |                          |                          |                                     |                          | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |        |                          |                          |                                     |                          | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                          |                          |                                     |                          | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |        |                          |                          |                                     |                          | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |        |                          |                          |                                     |                          | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |        |                          |                          |                                     |                          | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | CÉDULA                   |                          | FIRMA                               |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| Alberio                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        | 1664750                  |                          | Alberio                             |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                          |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | CÉDULA                   |                          | FIRMA                               |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| Wilson Andres Jimenez                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        | 1012343778               |                          | [Firma]                             |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | CÉDULA                   |                          | FIRMA                               |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| Cusi Joneth Ramirez                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | 65828126                 |                          | Cusi Joneth Ramirez                 |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |        |                          |                          |                                     |                          |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                          |                          | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:             |                          |                                                                      |        | VERSIÓN                             |                          |                          |                          |

# PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SISTEMA DE ASCENSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b><br>Aplica <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                        | <b>ANDAMIOS</b><br>Aplica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ZAPATAS DE SEGURIDAD</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>INCLINACIÓN (4:1)</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                          | <b>ASEGURADO EN LA BASE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>MÓDULOS EN BUEN ESTADO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>ESCALERA FIJA</b><br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                   | <b>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>REQUIERE PERMISOS ADICIONALES?</b> <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>TRABAJOS ELÉCTRICOS</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABAJOS EN CALIENTE</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?</b><br>SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS</b><br>SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?</b><br>SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?</b><br>SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?</b><br>SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?</b><br>SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b><br>NOMBRE: <u>Albio Mandujano</u> CÉDULA: <u>98450916</u> FIRMA: <u>Albio Mandujano</u>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b><br>NOMBRE: <u>ISVAFI</u> CÉDULA: <u>4492775767</u> FIRMA: <u>ISVAFI</u>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b><br>NOMBRE: <u>Gustavo Janet Ramirez</u> CÉDULA: <u>65828126</u> FIRMA: <u>Gustavo Janet Ramirez</u>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>CÓDIGO SST</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>VERSIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 09 MES: 05AÑO: 2026Hora inicio: 08:30CENTRAL/SEDE: CHAPARRAVALIDO HASTA: DIA: 09 MES: 05AÑO: 2026Hora final: 18:00

CONTRATO N°: \_\_\_\_\_

### PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | CLASE DE DOCUMENTO<br>CC-CE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA              |
|----|---------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| 1  | Carlos Rodriguez    |                             | 14011195            |                    |
| 2  | Juan Fernando Lora  | 7005853087                  | 1005853087          | Juan Fernando Lora |
| 3  | Juan Pucacane       | 107070876                   | 107070876           | Juan P             |
| 4  | William Ramirez     | CC                          | 1106787119          | William Ramirez    |
| 5  |                     |                             |                     |                    |
| 6  |                     |                             |                     |                    |

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

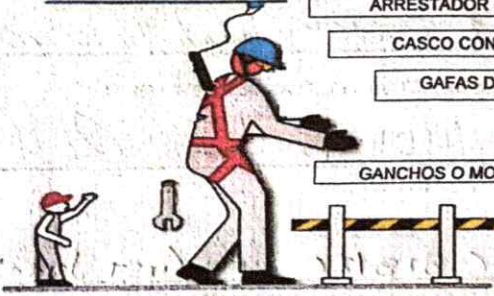
Nuevo Proyecto Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

Montaje columna, montaje de estilo columna.TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☒ NO RUTINARIO ☐ ALTURA APROXIMADA: \_\_\_\_\_

### MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

|                                                                                   |                                                                          |         |                                                                          |                             |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL                                                          | Aplica <input type="checkbox"/> N.A. <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE | Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> | LÍNEA DE VIDA VERTICAL      | Aplica <input type="checkbox"/> N.A. <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |         |                                                                          | ARRESTADOR DE CAÍDA (freno) | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>             |
| ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO<br>(Solo para trabajos a más de 6 mt de altura) | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |         |                                                                          | CASCO CON BARBUQUEJO        | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |
| ARNÉS INTEGRAL                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |         |                                                                          | GAFAS DE PROTECCIÓN         | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |
| ESLINGA POSICIONAMIENTO                                                           | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>             |         |                                                                          | GUANTES                     | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |
| CINTA DE ANCLAJE PORTÁTIL                                                         | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>             |         |                                                                          | GANCHOS O MOSQUETONES       | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>             |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |         |                                                                          | SEÑALIZACIÓN                | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |
| CONTROL CAÍDA DE OBJETOS                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |         |                                                                          | I'D                         | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>             |
| BARANDAS                                                                          | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>             |         |                                                                          | YUMAR                       | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>             |

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: HERRAMIENTA MANAVERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: DIAGONAL

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                                            | 2                                                            | 3                                                            | 4                                                            | 5                                                            | 6                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antipiréticos?                             | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SISTEMA DE ASCENSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b> Aplica <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N.A                                                                                                                                                                                                          | <b>ANDAMIOS</b> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>INCLINACIÓN (4:1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                        | ASEGURADO EN LA BASE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>MÓDULOS EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>ESCALERA FIJA</b> SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                      | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b><br>NOMBRE <u>Luis Fernando Lopez</u> CÉDULA <u>1005853087</u> FIRMA <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b><br>NOMBRE <u>Carlos Polanco</u> CÉDULA <u>14011195</u> FIRMA <u>[Firma]</u>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b><br>NOMBRE <u>Lisy Janeth Ramirez</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:      VERSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b><br>ZAPATAS DE SEGURIDAD<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO<br>INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                    | Aplica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     | <b>SISTEMA DE ASCENSO</b><br>N.A. <input checked="" type="checkbox"/> | <b>ANDAMIOS</b><br>Aplica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ASEGURADO EN LA BASE<br>MÓDULOS EN BUEN ESTADO<br>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO<br>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS<br>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO |
| <b>ESCALERA FIJA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                    |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                   |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                   |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                   |
| ¿EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAIDAS?                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                   |
| ¿SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                   |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                   |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b><br>NOMBRE: <u>DIBORA</u> CÉDULA: <u>1416756</u> FIRMA: <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b><br>NOMBRE: <u>Nelson</u> CÉDULA: <u>1416756</u> FIRMA: <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b><br>NOMBRE: <u>[Firma]</u> CÉDULA: <u>6082011</u> FIRMA: <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                    |                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                                               |                                                                                              | VERSIÓN                                                                                                                                                                                       |

## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

| ESCALERA PORTÁTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | SISTEMA DE ASCENSO                                                       |  | ANDAMIOS                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Aplica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                      |  | Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> |  | Aplica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ASEGURADO EN LA BASE                                                     |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                 |  |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | MÓDULOS EN BUEN ESTADO                                                   |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                 |  |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO                                       |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS                                           |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE                                          |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                 |  |
| ESCALERA FIJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                         |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                            |  |
| SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                     |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                     |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                   |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| NOMBRE <u>ALBERTO</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CÉDULA <u>60184758</u>                                                   |  | FIRMA <u>ALBERTO</u>                                                                               |  |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| NOMBRE <u>Nelson Andres Jimenez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CÉDULA <u>101234370</u>                                                  |  | FIRMA <u>Nelson</u>                                                                                |  |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| NOMBRE <u>Luis Ramirez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | CÉDULA <u>65828126</u>                                                   |  | FIRMA <u>Luis Ramirez</u>                                                                          |  |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |  |                                                                          |  |                                                                                                    |  |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                                                  |  | VERSIÓN                                                                                            |  |

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                   |                                     | 2                                   |                                     | 3                                   |                                     | 4                        |                                     | 5                        |                                     | 6                        |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                     | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                                  | Si                       | No                                  | Si                       | No                                  | Si                       | No                                  |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antiepilépticos?                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| ESCALERA PORTÁTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             | SISTEMA DE ASCENSO                     |                                         | ANDAMIOS                               |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>    | N.A                                    | <input checked="" type="checkbox"/>     | Aplica                                 | <input checked="" type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | ASEGURADO EN LA BASE                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                      |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>               | MÓDULOS EN BUEN ESTADO                  | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                                         |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>               | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO      | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                                        | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS          | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                                        | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE         | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                                         |
| ESCALERA FIJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> | NA <input checked="" type="checkbox"/> | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO        | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/>                                      |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                             |                                        |                                         |                                        |                                                                  |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                         |                                        |                                                                  |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/>           |                                                                  |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |                             |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/>           |                                                                  |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/>           |                                                                  |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/>           |                                                                  |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/>           |                                                                  |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |                             |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/>           |                                                                  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |                                        |                                         |                                        |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                                        |                                         |                                        |                                                                  |
| PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                                        |                                         |                                        |                                                                  |
| NOMBRE <u>Salvo Mendo Porada</u>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             | CÉDULA <u>93450916</u>                 |                                         | FIRMA <u>Salvo Mendo Porada</u>        |                                                                  |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                        |                                         |                                        |                                                                  |
| NOMBRE <u>ISRAEL Quintero</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             | CÉDULA <u>1192775747</u>               |                                         | FIRMA <u>ISRAEL</u>                    |                                                                  |
| COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                        |                                         |                                        |                                                                  |
| NOMBRE <u>Crist Ramirez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             | CÉDULA <u>65828126</u>                 |                                         | FIRMA <u>Crist Janeth Ramirez</u>      |                                                                  |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                             |                                        |                                         |                                        |                                                                  |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                |                                         | VERSIÓN                                |                                                                  |

## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b><br>ZAPATAS DE SEGURIDAD<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO<br>INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                    | Aplica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     | <b>SISTEMA DE ASCENSO</b><br>ASEGURADO EN LA BASE<br>MÓDULOS EN BUEN ESTADO<br>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO<br>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS<br>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE | ANDAMIOS<br>Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>ESCALERA FIJA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                               | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                               | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                                                                                                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                               | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                               | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                                                                                                                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                               | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                               | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b><br>NOMBRE <u>Juan Fernando Lasso</u> CEDULA <u>1005853087</u> FIRMA <u>Juan Fernando Lasso</u>                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b><br>NOMBRE <u>William Lasso</u> CEDULA <u>1106722119</u> FIRMA <u>William Lasso</u>                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b><br>NOMBRE <u>Jose Ramon</u> CEDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Jose Ramon</u>                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                                                                                                                                                                |                                                                                      | VERSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                              |



# PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 13 MES: 05

AÑO: 2026

Hora inicio: 07:30

CENTRAL/SEDE: CHARARRA

VALIDO HASTA: DIA: 13 MES: 05

AÑO: 2026

Hora final: 18:00

CONTRATO N°: \_\_\_\_\_

## PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | CLASE DE DOCUMENTO<br>CC-CE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA        |
|----|---------------------|-----------------------------|---------------------|--------------|
| 1  | NEIDEN VASIN        | CC                          | 1007289543          | NEIDEN VASIN |
| 2  | ERWIN H LOPEZ G     | CC                          | 1024568381          | ERWIN LOPEZ  |
| 3  | EDGAR AMATO         | SE                          | 1024548100          |              |
| 4  | Luis PARRAS         | CC                          | 85722396            |              |
| 5  | ALFREDO CARREAGA    | C.C                         | 1105816950          |              |
| 6  | NEIDEN VASIN        | CC                          | 1013647741          |              |

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

NUOVO PROYECTO HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

Formateo ruso, fundida de muro.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☒ NO RUTINARIO ☐ ALTURA APROXIMADA: \_\_\_\_\_

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

|                                                                                   |                                     |                                     |                          |                             |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Aplica                                                                            | N.A                                 | Aplica                              | N.A                      | Aplica                      | N.A                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL                                                          |                                     | ANCLAJE                             |                          | LÍNEA DE VIDA VERTICAL      |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | ARRESTADOR DE CAIDA (freno) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA                                                                           |                                     |                                     |                          | CASCO CON BARBUQUEJO        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | GAFAS DE PROTECCIÓN         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO<br>(Solo para trabajos a más de 6 mt de altura) |                                     |                                     |                          | GUANTES                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          | GANCHOS O MOSQUETONES       | <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS INTEGRAL                                                                    |                                     |                                     |                          | SEÑALIZACIÓN                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          | I'D                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA POSICIONAMIENTO                                                           |                                     |                                     |                          | YUMAR                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          |                             |                                     |
| CINTA DE ANCLAJE PORTATIL                                                         |                                     |                                     |                          |                             |                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          |                             |                                     |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD                                                             |                                     |                                     |                          |                             |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                             |                                     |
| CONTROL CAÍDA DE OBJETOS                                                          |                                     |                                     |                          |                             |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                             |                                     |
| BARANDAS                                                                          |                                     |                                     |                          |                             |                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          |                             |                                     |

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: HERRAMIENTA MANUAL

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: SI, ANDAMIO

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                     | SI                                  | No                                  | SI                                  | No                                  | SI                                  | No                                  |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antiepilépticos?                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

| ESCALERA PORTÁTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    | SISTEMA DE ASCENSO                       |  | ANDAMIOS                                                                 |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Aplica <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    | N.A. <input checked="" type="checkbox"/> |  | Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> |                              |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            | ASEGURADO EN LA BASE                     |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       |                              |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            | MÓDULOS EN BUEN ESTADO                   |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       |                              |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO       |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS           |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE          |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       |                              |
| ESCALERA FIJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO         |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                  |                              |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                    |                                          |  |                                                                          |                              |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                          |  |                                                                          |                              |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                          |  | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                  | NO: <input type="checkbox"/> |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |                                                                    |                                          |  | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                  | NO: <input type="checkbox"/> |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                          |  | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                  | NO: <input type="checkbox"/> |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                          |  | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                  | NO: <input type="checkbox"/> |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                          |  | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                  | NO: <input type="checkbox"/> |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                          |  | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                  | NO: <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                          |  |                                                                          |                              |
| PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                          |  |                                                                          |                              |
| NOMBRE <u>Alberto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    | CÉDULA <u>16188458</u>                   |  | FIRMA <u>Alberto</u>                                                     |                              |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                          |  |                                                                          |                              |
| NOMBRE <u>Néider Vaxan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | CÉDULA <u>1007289543</u>                 |  | FIRMA <u>Néider Vaxan</u>                                                |                              |
| COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |                                          |  |                                                                          |                              |
| NOMBRE <u>Lisy Janeth Ramirez C.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    | CÉDULA <u>65828126</u>                   |  | FIRMA <u>Lisy Janeth Ramirez C.</u>                                      |                              |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                    |                                          |  |                                                                          |                              |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                  |  | VERSIÓN                                                                  |                              |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SISTEMA DE ASCENSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b> Aplica <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N.A.                                                                                                                                                                                                         | <b>ANDAMIOS</b> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>INCLINACIÓN (4:1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                        | ASEGURADO EN LA BASE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>MÓDULOS EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>ESCALERA FIJA</b> SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                      | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>REQUIERE PERMISOS ADICIONALES?</b> <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| NOMBRE <u>Alberro</u> CÉDULA <u>16187258</u> FIRMA <u>Alberro</u>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| NOMBRE <u>Neider Varon</u> CÉDULA <u>1007289543</u> FIRMA <u>Neider Varon</u>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| NOMBRE <u>Lisset Janeth Ramirez</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Lisset Janeth Ramirez C.</u>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>CÓDIGO SST</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> <b>VERSIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 13 MES: 05AÑO: 2020Hora inicio: 07:30CENTRAL/SEDE: CHAPARRAVALIDO HASTA: DIA: 13 MES: 05AÑO: 2020Hora final: 18:00

CONTRATO N°: \_\_\_\_\_

### PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | CLASE DE DOCUMENTO CC-CE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA  |
|----|---------------------|--------------------------|---------------------|--------|
| 1  | Jose Oyuela         | Ca                       | 1013 885 389        |        |
| 2  | Eduard Centeno      | Ca                       | 1005 853 577        |        |
| 3  | Pablo Espinoza      | Ca                       | 931150857           |        |
| 4  | ISRAEL Daza Dabinor | Ca                       | 119213944           | ISRAEL |
| 5  | /                   | /                        | /                   | /      |
| 6  | /                   | /                        | /                   | /      |

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

NUOVO PROYECTO HOSPITAL SAN LUIS BARTOLOME

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

TRABAJE CASTILLO COLUMNATIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☒ NO RUTINARIO ☐ ALTURA APROXIMADA: \_\_\_\_\_

### MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

|                                                                                   |                                                                        |         |                                                                        |                             |                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| LINEA DE VIDA HORIZONTAL                                                          | Aplica <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE | Aplica <input checked="" type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA VERTICAL      | Aplica <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |         |                                                                        | ARRESTADOR DE CAIDA (freno) | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |
| ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO<br>(Solo para trabajos a más de 6 mt de altura) | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |         |                                                                        | CASCO CON BARBUQUEJO        | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |
| ARNÉS INTEGRAL                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |         |                                                                        | GAFAS DE PROTECCIÓN         | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |
| ESLINGA POSICIONAMIENTO                                                           | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |         |                                                                        | GUANTES                     | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |
| CINTA DE ANCLAJE PORTATIL                                                         | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |         |                                                                        | GANCHOS O MOSQUETONES       | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |         |                                                                        | SEÑALIZACIÓN                | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |
| CONTROL CAÍDA DE OBJETOS                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |         |                                                                        | I'D                         | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |
| BARANDAS                                                                          | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |         |                                                                        | YUMAR                       | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: HERRAMIENTAS MANUALESVERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: 31, 11, 0, 1, 1, 0

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                                            | 2                                                            | 3                                                            | 4                                                            | 5                                                            | 6                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antipiréticos?                             | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aplica | <input type="checkbox"/> | N.A.                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>SISTEMA DE ASCENSO</b> | ANDAMIOS                                                             | Aplica | <input checked="" type="checkbox"/> | N.A.                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | <input type="checkbox"/> | SI                       | <input type="checkbox"/>            | NO                        | ASEGURADO EN LA BASE                                                 |        | <input checked="" type="checkbox"/> | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>  | MÓDULOS EN BUEN ESTADO                                               |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>  | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO                                   |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>  | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS                                       |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>  | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE                                      |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ESCALERA FIJA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | <input type="checkbox"/> | SI                       | <input checked="" type="checkbox"/> | NA                        | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                     |        | <input type="checkbox"/>            | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |        |                          |                          |                                     |                           | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |        |                          |                          |                                     |                           | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                          |                          |                                     |                           | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |        |                          |                          |                                     |                           | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |        |                          |                          |                                     |                           | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |        |                          |                          |                                     |                           | SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE <u>Roberto Mada Lora</u> CÉDULA <u>93450916</u> FIRMA <u>Roberto Mada Lora</u>                                                                                                                                                                                                                        |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                          |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE <u>ISYAFI</u> CÉDULA <u>1492745747</u> FIRMA <u>ISYAFI</u>                                                                                                                                                                                                                                            |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| NOMBRE <u>Arst Janeth Ramirez</u> CÉDULA <u>65228126</u> FIRMA <u>Arst Janeth Ramirez Cabrera</u>                                                                                                                                                                                                            |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |        |                          |                          |                                     |                           |                                                                      |        |                                     |                          |                          |                          |
| <b>CÓDIGO SST</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                          |                          | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>      |                           |                                                                      |        | <b>VERSIÓN</b>                      |                          |                          |                          |

# PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 14 MES: 05 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:40 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL  
VALIDO HASTA: DIA: 14 MES: 05 AÑO: 2026 Hora final: 18:00 CONTRATO N° \_\_\_\_\_

## PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS   | CLASE DE DOCUMENTO<br>CC-CE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA                 |
|----|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|
| 1  | Costa Lugo de         | CC                          | 1106740005          | Costa Lugo de         |
| 2  | Williamson Ramirez B. | CC                          | 1106737119          | Williamson Ramirez B. |
| 3  | Carlos Rodriguez      | CC                          | 14011193            | Carlos Rodriguez      |
| 4  | Juan Francisco Rojas  | CC                          | 10707876            | Juan Francisco Rojas  |
| 5  | /                     | /                           | /                   | /                     |
| 6  | /                     | /                           | /                   | /                     |

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

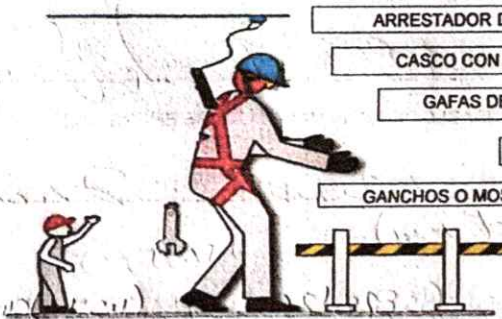
Nuevo Proyecto Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

Fundación de Columnas

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☒ NO RUTINARIO ☐ ALTURA APROXIMADA: \_\_\_\_\_

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Aplica N.A.</p> <p>LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ESLINGA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ARNÉS INTEGRAL <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ESLINGA POSICIONAMIENTO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CINTA DE ANCLAJE PORTATIL <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>AYUDANTE DE SEGURIDAD <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>CONTROL CAÍDA DE OBJETOS <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>BARANDAS <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Aplica N.A.</p> <p>ANCLAJE <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |  | <p>Aplica N.A.</p> <p>LÍNEA DE VIDA VERTICAL <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ARRESTADOR DE CAÍDA (freno) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CASCO CON BARBUQUEJO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>GAFAS DE PROTECCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>GUANTES <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>GANCHOS O MOSQUETONES <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>SEÑALIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>I'D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>YUMAR <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: HERRAMIENTAS MANUALES

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: SI, ADECUADO.

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                                            | 2                                                            | 3                                                            | 4                                                            | 5                                                            | 6                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | Si No                                                        | Si No                                                        | Si No                                                        | Si No                                                        | Si No                                                        | Si No                                                        |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antipiréticos?                             | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SISTEMA DE ASCENSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b> Aplica <input type="checkbox"/> N.A. <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | <b>ANDAMIOS</b> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>INCLINACIÓN (4:1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                        | ASEGURADO EN LA BASE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>MÓDULOS EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>ESCALERA FIJA</b> SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                      | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>REQUIERE PERMISOS ADICIONALES?</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>TRABAJOS ELÉCTRICOS</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABAJOS EN CALIENTE</b> <input type="checkbox"/>                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b><br>NOMBRE <u>Willy Fernando Larso</u> CÉDULA <u>10853087</u> FIRMA <u>Willy Fernando Larso</u>                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b><br>NOMBRE <u>Zuca Paraguan</u> CÉDULA <u>107270816</u> FIRMA <u>Zuca Paraguan</u>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b><br>NOMBRE <u>Willy Fernando Larso</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Willy Fernando Larso</u>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| VERSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SISTEMA DE ASCENSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b> Aplica <input type="checkbox"/> N.A. <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | <b>ANDAMIOS</b> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>INCLINACIÓN (4:1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                        | ASEGURADO EN LA BASE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>MÓDULOS EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>ESCALERA FIJA</b> SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                      | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>REQUIERE PERMISOS ADICIONALES?</b> <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b><br>NOMBRE: <u>Albino</u> CÉDULA: <u>16187758</u> FIRMA: <u>Albino</u>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b><br>NOMBRE: <u>Peider Uayon</u> CÉDULA: <u>1007289543</u> FIRMA: <u>Peider Uayon</u>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b><br>NOMBRE: <u>Cristó Ramirez C.</u> CÉDULA: <u>65818126</u> FIRMA: <u>Cristó Ramirez C.</u>                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>CÓDIGO SST</b> <u>1.1.1.1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> <u>1.1.1.1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>VERSIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SISTEMA DE ASCENSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b> Aplica <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N.A.                                                                                                                                                                                                         | <b>ANDAMIOS</b> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>INCLINACIÓN (4:1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                        | ASEGURADO EN LA BASE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>MÓDULOS EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>ESCALERA FIJA</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N.A.                                                                                                                                                                                                                    | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>REQUIERE PERMISOS ADICIONALES?</b> <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?      SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b><br>NOMBRE <u>Albino</u> CÉDULA <u>16187758</u> FIRMA <u>Albino</u>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b><br>NOMBRE <u>Diego Carrasco</u> CÉDULA <u>1105614050</u> FIRMA <u>Diego Carrasco</u>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b><br>NOMBRE <u>Cristóbal Ramírez</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Cristóbal Ramírez</u>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>CÓDIGO SST</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>VERSIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

# PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aplica | <input type="checkbox"/>            | <b>SISTEMA DE ASCENSO</b>               | <input checked="" type="checkbox"/> N.A | <b>ANDAMIOS</b>          | Aplica                              | <input checked="" type="checkbox"/> N.A | <input type="checkbox"/> |                          |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | <input type="checkbox"/>            | ASEGURADO EN LA BASE                    |                                         |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |                          |                          |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             |        | <input type="checkbox"/>            | MÓDULOS EN BUEN ESTADO                  |                                         |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |                          |                          |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        | <input type="checkbox"/>            | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO      |                                         |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | <input type="checkbox"/>            | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS          |                                         |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | <input type="checkbox"/>            | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE         |                                         |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |                          |                          |
| <b>ESCALERA FIJA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI     | <input type="checkbox"/>            | <b>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO</b> | SI                                      | <input type="checkbox"/> | NO                                  | <input type="checkbox"/>                |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NA     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| <b>REQUIERE PERMISOS ADICIONALES?</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>TRABAJOS ELÉCTRICOS</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABAJOS EN CALIENTE</b> <input type="checkbox"/>                                                           |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |        |                                     |                                         |                                         |                          | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/>     | NO:                      | <input type="checkbox"/> |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |        |                                     |                                         |                                         |                          | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/>     | NO:                      | <input type="checkbox"/> |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                                     |                                         |                                         |                          | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/>     | NO:                      | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                         |        |                                     |                                         |                                         |                          | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/>     | NO:                      | <input type="checkbox"/> |
| ¿SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                    |        |                                     |                                         |                                         |                          | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/>     | NO:                      | <input type="checkbox"/> |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |        |                                     |                                         |                                         |                          | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/>     | NO:                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| NOMBRE <u>Roberto Mendoza Lopez</u> CÉDULA <u>93450916</u> FIRMA <u>Roberto Mendoza Lopez</u>                                                                                                                                                                                                                |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                          |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| NOMBRE <u>ISRAEL DUCAR</u> CÉDULA <u>1142745767</u> FIRMA <u>ISRAEL</u>                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| NOMBRE <u>Jose Ramiro</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Jose Ramiro</u>                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |
| <b>CÓDIGO SST</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                     |                                         |                                         |                          | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>      |                                         | <b>VERSIÓN</b>           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                     |                                         |                                         |                          |                                     |                                         |                          |                          |



# PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 25 MES: 05  
VALIDO HASTA: DIA: 25 MES: 05

AÑO: 2020 Hora inicio: 07:40  
AÑO: 2020 Hora final: 18:00

CENTRAL/SEDE: CHAPARRI  
CONTRATO N°                     

## PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS   | CLASE DE DOCUMENTO<br>CC-CE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA         |
|----|-----------------------|-----------------------------|---------------------|---------------|
| 1  | Costaño Matías A.     | CC                          | 1106790005          | Gustavo R. L. |
| 2  | Carl R. Roberts       | CC                          | 1404195             | (Signature)   |
| 3  | Willington Ramirez B. | CC                          | 110678710           | (Signature)   |
| 4  | /                     | /                           | /                   | /             |
| 5  | /                     | /                           | /                   | /             |
| 6  | /                     | /                           | /                   | /             |

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

NUOVO PROYECTO HOSPITAL SAN LUIS BACATA

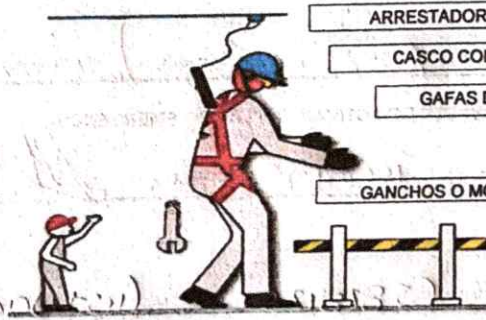
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

Formateo muro y columna.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☒ NO RUTINARIO ☐ ALTURA APROXIMADA:                     

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

|                                                                                   |                                                              |         |                                                              |                             |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Aplica                                                                            | N.A.                                                         | Aplica  | N.A.                                                         | Aplica                      | N.A.                                                         |
| LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL                                                          | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | LÍNEA DE VIDA VERTICAL      | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |         |                                                              | ARRESTADOR DE CAÍDA (freno) | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO<br>(Solo para trabajos a más de 6 mt de altura) | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |         |                                                              | CASCO CON BARBUQUEJO        | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ARNÉS INTEGRAL                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |         |                                                              | GAFAS DE PROTECCIÓN         | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ESLINGA POSICIONAMIENTO                                                           | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |         |                                                              | GUANTES                     | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| CINTA DE ANCLAJE PORTATIL                                                         | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |         |                                                              | GANCHOS O MOSQUETONES       | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |         |                                                              | SEÑALIZACIÓN                | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| CONTROL CAÍDA DE OBJETOS                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |         |                                                              | LD                          | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| BARANDAS                                                                          | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |         |                                                              | YUMAR                       | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: HERRAMIENTA MANO

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: SI, ADOPTO

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                                            | 2                                                            | 3                                                            | 4                                                            | 5                                                            | 6                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antiepilépticos?                           | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aplica <input type="checkbox"/> | <b>SISTEMA DE ASCENSO</b>              | N.A. <input checked="" type="checkbox"/> | <b>ANDAMIOS</b>                        | Aplica <input checked="" type="checkbox"/> | N.A. <input type="checkbox"/> |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/>     | NO <input type="checkbox"/>            | ASEGURADO EN LA BASE                     | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                |                               |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | MÓDULOS EN BUEN ESTADO                   | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                   |                               |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO       | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                   |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                                        | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS           | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                   |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                                        | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE          | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                   |                               |
| <b>ESCALERA FIJA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/>     | NA <input checked="" type="checkbox"/> | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO         | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/>                |                               |
| <b>REQUIERE PERMISOS ADICIONALES?</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>TRABAJOS ELÉCTRICOS</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABAJOS EN CALIENTE</b> <input type="checkbox"/>                                                           |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/>  | NO: <input type="checkbox"/>           |                                            |                               |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |                                 |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/>  | NO: <input type="checkbox"/>           |                                            |                               |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/>  | NO: <input type="checkbox"/>           |                                            |                               |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/>  | NO: <input type="checkbox"/>           |                                            |                               |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/>  | NO: <input type="checkbox"/>           |                                            |                               |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                        | SI: <input checked="" type="checkbox"/>  | NO: <input type="checkbox"/>           |                                            |                               |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| NOMBRE <u>Luis Fernando Lasso</u> CÉDULA <u>1005853081</u> FIRMA <u>Luis Fernando Lasso</u>                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| NOMBRE <u>Carlos Pérez</u> CÉDULA <u>14011195</u> FIRMA <u>Carlos Pérez</u>                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| NOMBRE <u>Luis Permyer C.</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Luis Permyer C.</u>                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                 |                                        |                                          |                                        |                                            |                               |
| <b>CÓDIGO SST</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>         |                                          |                                        | <b>VERSIÓN</b>                             |                               |



# PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 15 MES: 05

AÑO: 2016

Hora inicio: 07:30

CENTRAL/SEDE: CHALAPPA

VALIDO HASTA: DIA: 15 MES: 05

AÑO: 2016

Hora final: 18:00

CONTRATO N°

## PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS      | CLASE DE DOCUMENTO<br>CC-CE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA  |
|----|--------------------------|-----------------------------|---------------------|--------|
| 1  | Rodolfo Espinoza         | CC                          | 93450857            |        |
| 2  | Edvard Centeno           | CC                          | 6005853577          |        |
| 3  | ISRAEL BARRERA DOMÍNGUEZ | CC                          | 4492721101          | ISRAEL |
| 4  | /                        | /                           | /                   | /      |
| 5  | /                        | /                           | /                   | /      |
| 6  | /                        | /                           | /                   | /      |

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

NUOVO PROYECTO HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

MONTAJE CASTILLO COLUMNA, FUNDIDA COLUMNA

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☒ NO RUTINARIO ☐ ALTURA APROXIMADA:

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

|                                                                                   |                                                                         |         |                                                                         |                             |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| LINEA DE VIDA HORIZONTAL                                                          | Aplica <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> | ANCLAJE | Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> | LINEA DE VIDA VERTICAL      | Aplica <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESLINGA                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |         |                                                                         | ARRESTADOR DE CAIDA (freno) | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |
| ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO<br>(Solo para trabajos a más de 6 mt de altura) | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |         |                                                                         | CASCO CON BARBUQUEJO        | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| ARNÉS INTEGRAL                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |         |                                                                         | GAFAS DE PROTECCIÓN         | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| ESLINGA POSICIONAMIENTO                                                           | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |         |                                                                         | GUANTES                     | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| CINTA DE ANCLAJE PORTATIL                                                         | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |         |                                                                         | GANCHOS O MOSQUETONES       | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |
| AYUDANTE DE SEGURIDAD                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |         |                                                                         | SEÑALIZACIÓN                | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |
| CONTROL CAÍDA DE OBJETOS                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |         |                                                                         | YD                          | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |
| BARANDAS                                                                          | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |         |                                                                         | YUMAR                       | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: SI, ADECUADO

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                                            | 2                                                            | 3                                                            | 4                                                 | 5                                                 | 6                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                                                                                                     | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                                        | SI No                                             | SI No                                             | SI No                                             |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antiepilépticos?                           | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ESCALERA PORTÁTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Aplica                   | <input type="checkbox"/> | N.A                      | <input checked="" type="checkbox"/> | SISTEMA DE ASCENSO                 | ANDAMIOS                            | Aplica                              | <input checked="" type="checkbox"/> | N.A                      | <input type="checkbox"/> |
| ZAPATAS DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI                       | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/>            | ASEGURADO EN LA BASE               | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  | <input type="checkbox"/> |                          |
| RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                                     | MÓDULOS EN BUEN ESTADO             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
| INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                                     | PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                     | PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                     | SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
| ESCALERA FIJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                       | <input type="checkbox"/> | NA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO   | SI                                  | <input type="checkbox"/>            | NO                                  | <input type="checkbox"/> |                          |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                                     |                                    | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO:                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                                     |                                    | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO:                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                          |                                     |                                    | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO:                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                          |                                     |                                    | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO:                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                                     |                                    | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO:                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |                          |                          |                          |                                     |                                    | SI:                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO:                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| NOMBRE <u>Robio Meruza Locad.</u> CÉDULA <u>93450911</u> FIRMA <u>Robio Meruza Locad.</u>                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| NOMBRE <u>ISRAEL DUCUAYA</u> CÉDULA <u>7792775343</u> FIRMA <u>ISRAEL</u>                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| NOMBRE <u>Gust Ramiriz c.</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Gust Janeth Ramiriz c.</u>                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                          |                          |                          |                                     |                                    |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:             |                                    |                                     |                                     | VERSIÓN                             |                          |                          |

# PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 16 MES: 05 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:30 CENTRAL/SEDE: CHAPARRA  
 VALIDO HASTA: DIA: 16 MES: 05 AÑO: 2026 Hora final: 12:00 CONTRATO N°: \_\_\_\_\_

## PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS    | CLASE DE DOCUMENTO<br>CC-CE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA  |
|----|------------------------|-----------------------------|---------------------|--------|
| 1  | ISRAEL DUCARCA RAMIREZ | CC                          | 1792775347          | ISRAEL |
| 2  | Jose Orjuela           | CC                          | 1023885389          |        |
| 3  | Edward centeno         | CC                          | 1005853577          |        |
| 4  | /                      | /                           | /                   | /      |
| 5  | /                      | /                           | /                   | /      |
| 6  | /                      | /                           | /                   | /      |

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

NUOVO PROYECTO HOSPITAL SAN JUAN BAPTISTA

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

RECONSTRUCCION DE COLUMNA,

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☒ NO RUTINARIO ☐ ALTURA APROXIMADA: \_\_\_\_\_

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                               |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Aplica N/A</p> <p>LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ESLINGA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO<br/>(Solo para trabajos a más de 6 mt de altura) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ARNÉS INTEGRAL <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ESLINGA POSICIONAMIENTO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CINTA DE ANCLAJE PORTATIL <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>AYUDANTE DE SEGURIDAD <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>CONTROL CAÍDA DE OBJETOS <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>BARANDAS <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Aplica N/A</p> <p>ANCLAJE <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |  | <p>Aplica N/A</p> <p>LÍNEA DE VIDA VERTICAL <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ARRESTADOR DE CAÍDA (freno) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CASCO CON BARBUQUEJO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>GAFAS DE PROTECCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>GUANTES <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>GANCHOS O MOSQUETONES <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>SEÑALIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>I'D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>YUMAR <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: SI ANDAMOS

| ESTADO DE SALUD                                                                                     | 1                                                            | 2                                                            | 3                                                            | 4                                                            | 5                                                            | 6                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | Si No                                                        | Si No                                                        | Si No                                                        | Si No                                                        | Si No                                                        | Si No                                                        |
| Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigrupales?                              | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b><br><br>ZAPATAS DE SEGURIDAD<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO<br>INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                | Aplica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     | <b>SISTEMA DE ASCENSO</b><br>N.A. <input checked="" type="checkbox"/> | <b>ANDAMIOS</b> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>ESCALERA FIJA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                     |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO? SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| NOMBRE <u>Edilio Monta Lozada</u> CÉDULA <u>93450941</u> FIRMA <u>Edilio Monta Lozada</u>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| NOMBRE <u>Israel Ocuaya</u> CÉDULA <u>7792775747</u> FIRMA <u>ISRAEL OCUAYA</u>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| NOMBRE <u>Guise Ramirez C.</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Guise Jeneeth Ramirez C.</u>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                                               |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| VERSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                       |                                                                                           |                                                                          |                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESCALERA PORTÁTIL</b><br><br>ZAPATAS DE SEGURIDAD<br>RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO<br>INCLINACIÓN (4:1)                                                                                                                                                                                                | Aplica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     | <b>SISTEMA DE ASCENSO</b><br>N.A. <input checked="" type="checkbox"/> | <b>ANDAMIOS</b><br><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Aplica <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> | ASEGURADO EN LA BASE<br>MÓDULOS EN BUEN ESTADO<br>PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO<br>PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS<br>SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE |
| <b>ESCALERA FIJA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> | RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO                                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                   |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJOS ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS <input type="checkbox"/> TRABAJOS EN CALIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                    |                                                                       |                                                                                           |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                       |                                                                                           |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                       | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                   | NO: <input type="checkbox"/>                                             |                                                                                                                                                           |
| LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                       | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                   | NO: <input type="checkbox"/>                                             |                                                                                                                                                           |
| SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                       | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                   | NO: <input type="checkbox"/>                                             |                                                                                                                                                           |
| ¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                       | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                   | NO: <input type="checkbox"/>                                             |                                                                                                                                                           |
| ¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                                       | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                   | NO: <input type="checkbox"/>                                             |                                                                                                                                                           |
| LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS, LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                                       | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                   | NO: <input type="checkbox"/>                                             |                                                                                                                                                           |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                                       |                                                                                           |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| <b>PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO</b><br>NOMBRE <u>EDGAR AMAYA</u> CÉDULA <u>1024548100</u> FIRMA                                                                                                                        |                                                                    |                                                                       |                                                                                           |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| <b>AYUDANTE DE SEGURIDAD Y PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA</b><br>NOMBRE <u>EDGAR AMAYA</u> CÉDULA <u>1024548100</u> FIRMA                                                                          |                                                                    |                                                                       |                                                                                           |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| <b>COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS</b><br>NOMBRE <u>Gust Ramire</u> CÉDULA <u>65828126</u> FIRMA <u>Gust Janeth Ramire</u>                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                       |                                                                                           |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| Al firmar en este documento certifico que conozco los procedimientos a emplear, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos, he planeado con mis compañeros la forma segura de realizarlo y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realización de las actividades. |                                                                    |                                                                       |                                                                                           |                                                                          |                                                                                                                                                           |
| CÓDIGO SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                                               |                                                                                           | VERSIÓN                                                                  |                                                                                                                                                           |