CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 5 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHARGUA

VALIDO HASTA: DIA: 6 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Jarol Mauricio Montiel	cc	1193528065	Jarol Montiel
2	HAROLD CALLEJAS	cc	91080[illegible]	
3	Jose Se 910	cc	7107270	Jose Se 910
4	EDWAR LEAL	cc	14011845	EDWAR
5	/	/	/	/
6	/	/	/	/

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

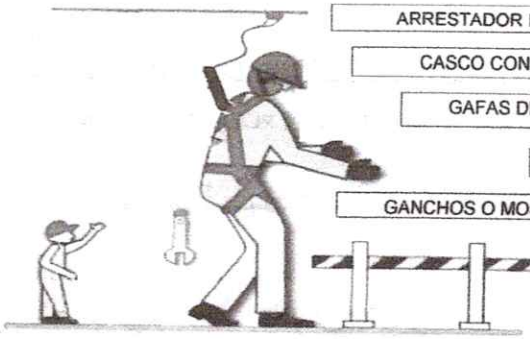
Cargue de material en placa.

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	☐	☑
ESLINGA	☑	☐
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	☑	☐
ARNÉS INTEGRAL	☐	☑
ESLINGA POSICIONAMIENTO	☐	☑
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	☑	☐
AYUDANTE DE SEGURIDAD	☑	☐
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	☐	☑
BARANDAS	☐	☑

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	☐	☑
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	☐	☑
CASCO CON BARBUQUEJO	☑	☐
GAFAS DE PROTECCIÓN	☑	☐
GUANTES	☑	☐
GANCHOS O MOSQUETONES	☐	☑
SEÑALIZACIÓN	☑	☐
I'D	☐	☐
YUMAR	☐	☑

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, línea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☐	☑	☐	☑
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL **Aplica** ☐ **N.A** ☑ **ANDAMIOS** **Aplica** ☐ **N.A** ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÒN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Herald Correa CÉDULA 1065[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Herald Correa CÉDULA 1065[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramos CÉDULA 6[illegible] FIRMA Jhon Jonathan Ramos

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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 9 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHARAGRA1

VALIDO HASTA: DIA: 9 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cristian Camilo [illegible]	Ce	1047414876	
2	Ricardo M	Ce	73169979	Ricardo M
3	Alberto [illegible]	Ce	16010167	Alberto
4	Ernesto Lopez	Ce	93446876	
5	Nelfer Cones H	Ce	8.980938	
6	Nilson Alvarez C	Ce	8.850.462	Nilson Alvarez

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

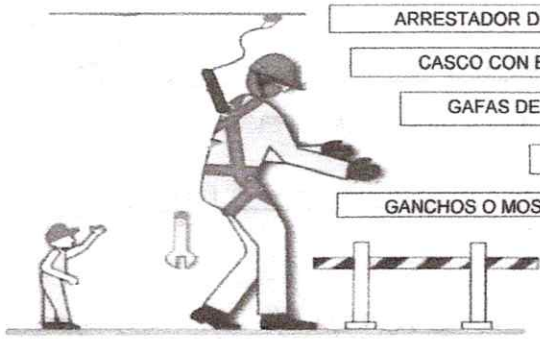
Amarre de hierro en placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[ ]	[x]
I'D	[x]	[ ]
YUMAR	[x]	[ ]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

IFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, linea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☐

	SI	NO
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	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Herold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Herold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 6382876 FIRMA Jose 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 9 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 9 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Kleiman Estrada	cc	1047116756	
2	Pedro Subiza	cc	1128054372	Pedro Luis
3	Adolfo Romero	cc	73193667	ARC.
4	Luis Fernando Nicomedes	cc	1005854834	Luis Fernando
5	Cesar Romero	cc	9102430	Cesar Romero
6	/	/	/	/

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

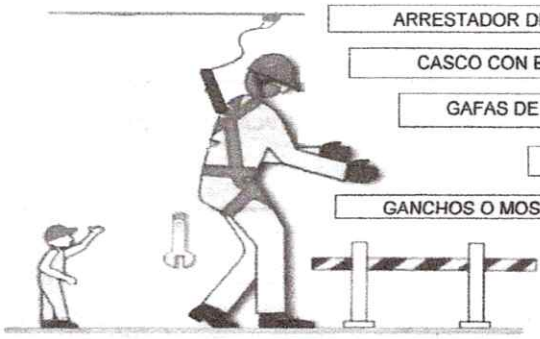
Amarre de hierro en placa.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [X] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[X]
ESLINGA	[X]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[X]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[X]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[X]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[X]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[X]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[X]
BARANDAS	[ ]	[X]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[X]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[X]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[X]
CASCO CON BARBUQUEJO	[X]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[X]	[ ]
GUANTES	[X]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[X]
SEÑALIZACIÓN	[X]	[ ]
I´D	[ ]	[X]
YUMAR	[ ]	[X]

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, ordenan

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	X		X		X		X		X			X
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?		X		X		X		X		X		
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	X		X		X		X		X			

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Cabrera CÉDULA [redacted] FIRMA

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

NOMBRE Harold Cabrera CÉDULA [redacted] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Romero CÉDULA [redacted] FIRMA Jose Jonathan Romero

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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 9 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHARALA

VALIDO HASTA: DIA: 9 MES: 9 AÑO: 26 Hora 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 Sejo	CC	74076270	Jose Sejo
2	Jhon Diaz	CC	7209420596	Jhon Dereck Diaz
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

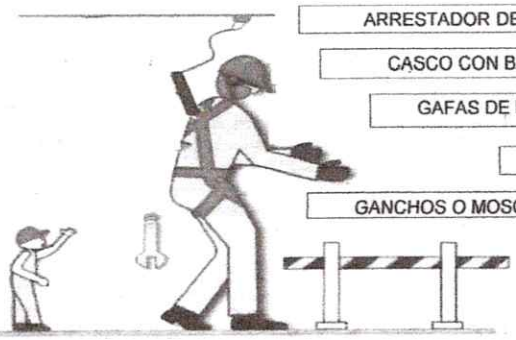
Cargue de material en la placa.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

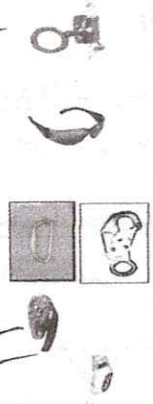
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[ ]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[ ]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[ ]
YUMAR	[ ]	[ ]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, línea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA 1.020.772.474 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1.020.772.474 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 6[illegible]178 FIRMA Juan 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 10 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 10 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	EDWAR LEAL	14011845		EDWAR
2	[illegible]	[illegible]		[illegible]
3	Adolfo Romero	73193667		ARC
4	Wilfer Cortes H	8'980933		
5	[illegible]	BC	3806475	[illegible]
6	[illegible]	4102430		[illegible]

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

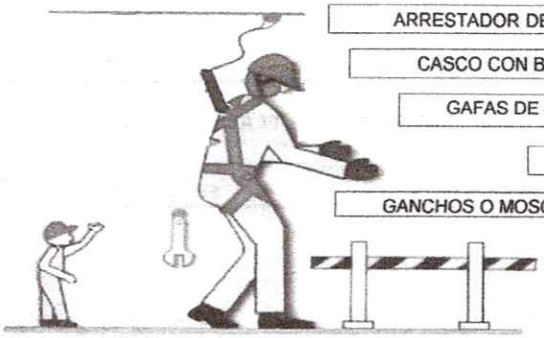
Amarre de hierro en viga de placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

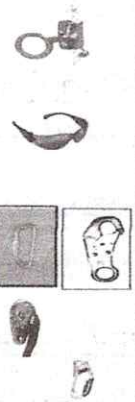
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

IFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: 2, linea de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6582816 FIRMA Jhon 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 10 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 10 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ricardo M	CC	73169979	Ricardo M
2	Ernesto Lopez	CC	93414874	
3	Juan Fernando	CC	1066500931	Juan Cardenas
4	Hugo Adel Zapata	CC	1005773450	Hugo Adel Zapata
5	Engelberto Pajaro	CC	9153751	
6	Romulo Cadena	CC	1047993807	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

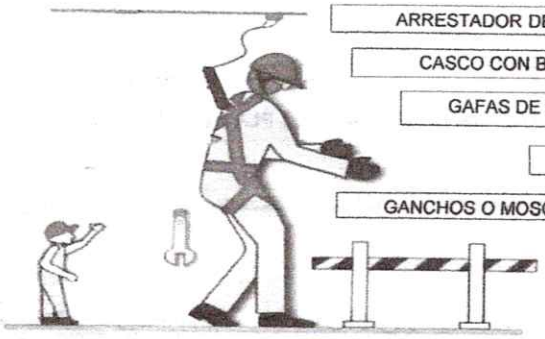
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en vigas de placa.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

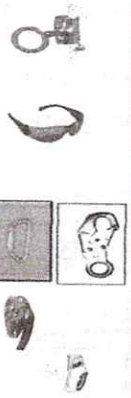
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[ ]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

FICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Linea de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 [illegible] CÉDULA [illegible] FIRMA [signature]

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

NOMBRE [illegible] CÉDULA [illegible] FIRMA [signature]

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE [illegible] CÉDULA [illegible] FIRMA [signature]

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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 10 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 10 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Edwar Rodriguez	Cc	1005 88 385	Edwar R
2	Felipe Loaiza	Cc	14 011 560	
3	Harold Cervantes	cc	1106[illegible]	
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

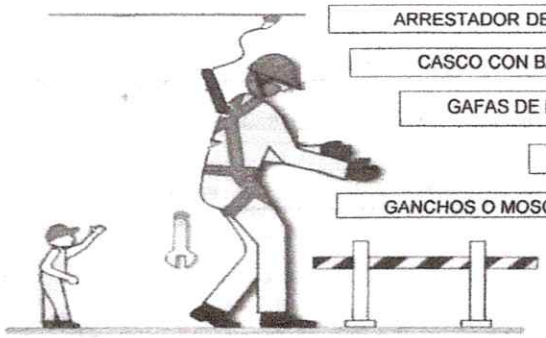
Amarre de hierro en vigas de placa,

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

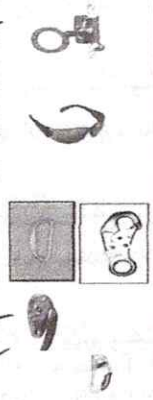
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	☐	☒
ESLINGA	☒	☐
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	☒	☐
ARNÉS INTEGRAL	☐	☒
ESLINGA POSICIONAMIENTO	☐	☒
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	☒	☐
AYUDANTE DE SEGURIDAD	☒	☐
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	☐	☒
BARANDAS	☐	☒

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☒	☐



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	☐	☒
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	☐	☒
CASCO CON BARBUQUEJO	☒	☐
GAFAS DE PROTECCIÓN	☒	☐
GUANTES	☒	☐
GANCHOS O MOSQUETONES	☐	☒
SEÑALIZACIÓN	☒	☐
I´D	☐	☒
YUMAR	☐	☒



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, línea de vida

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?	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Contreras CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 5252946 FIRMA Jhon 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 30 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: Charalá

VALIDO HASTA: DIA: 30 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Walter Cortes H.	cc	91980938.	
2	Rolando LARA	cc	1064993807	
3	Nilson Alvarez Cu	cc	88504 62	Nilson A C
4	JHON CRAMOS	cc	7359625	JHON
5	Adolfo ROMERO	cc	73193667	ARC
6	Ernesto Lopez	cc	93448714	E/L

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

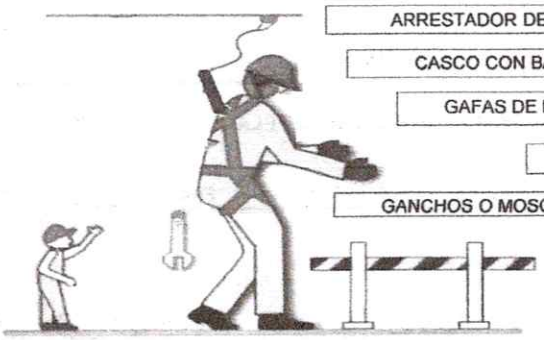
Armado de placa y anclaje de hierro

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

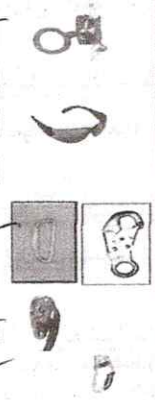
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	☐	☑
ESLINGA	☑	☐
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	☑	☐
ARNÉS INTEGRAL	☐	☑
ESLINGA POSICIONAMIENTO	☐	☑
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	☑	☐
AYUDANTE DE SEGURIDAD	☑	☐
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	☐	☑
BARANDAS	☐	☑

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	☐	☑
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	☐	☑
CASCO CON BARBUQUEJO	☑	☐
GAFAS DE PROTECCIÓN	☑	☐
GUANTES	☑	☐
GANCHOS O MOSQUETONES	☐	☐
SEÑALIZACIÓN	☑	☐
I'D	☐	☑
YUMAR	☐	☑



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

RIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, línea de vida

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?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐

ANDAMIOS Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO
ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Contreras CÉDULA 1106773104 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1106773104 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Jonathan R CÉDULA 6582176 FIRMA Jhon Jonathan 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 10 MES: 9 AÑO: 25 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 10 MES: 9 AÑO: 25 Hora 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 segio	Cc	14016270	Jose segio
2				
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

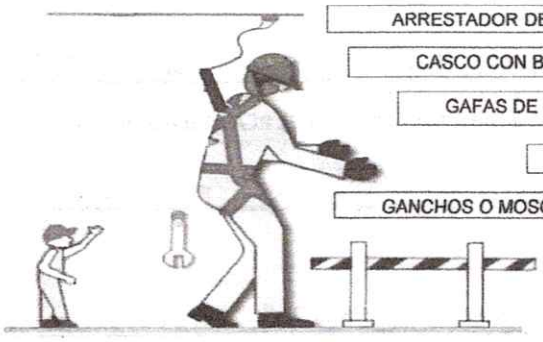
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de material a la placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

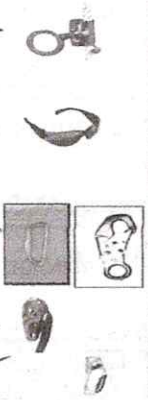
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

IFICACION PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, linea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Carranza CÉDULA 1106772xxx FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772xxx FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6382876 FIRMA Jhon 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 11 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 11 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Christian Romero	cc	1047414876	
2	Adolfo Romero	cc	73193667	ARC
3	Wilfer Cortes H	cc	8'980938.	
4	Jaime Hurtado	cc	3806075	
5	Luis Gutierrez	cc	26553987	
6	Alonso Padilla	cc	1401262	Alonso P

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

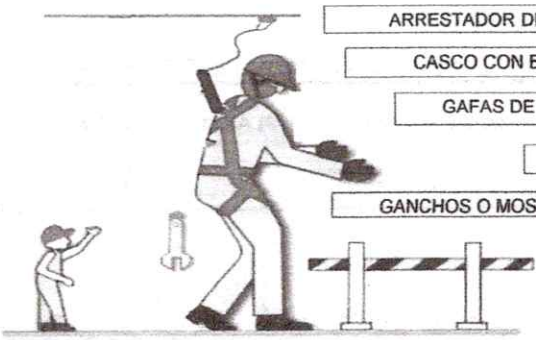
Armado de estructura Placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

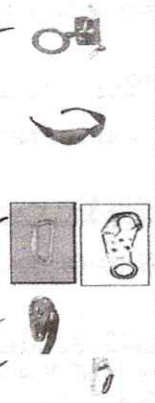
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, linea de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Cordoba CÉDULA 1067722604 FIRMA

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

NOMBRE Harold Cordoba CÉDULA 1067722604 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6586126 FIRMA Jhon 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 11 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 11 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Eingleberto Payan	CC	9153751	
2	Nilson Alvarez C.	CC	88504162	
3	Yimis Pujoto	CC	91543119	
4	Ernesto Lopez	CC	93444874	
5	Juan Armando	CC	1006300937	
6	Jose Sergio	CC	7140842.	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:
Hospital San Juan Bautista

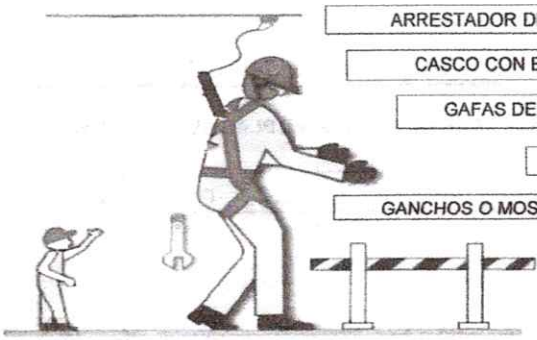
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:
Armado de estructura en placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [X] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

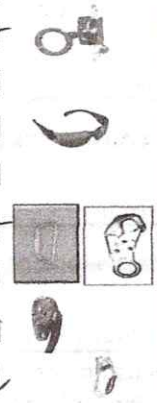
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[X]
ESLINGA	[X]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[X]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[X]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[X]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[X]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[X]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[X]
BARANDAS	[ ]	[X]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[X]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[X]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[X]
CASCO CON BARBUQUEJO	[X]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[X]	[ ]
GUANTES	[X]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[X]
SEÑALIZACIÓN	[X]	[ ]
I'D	[ ]	[X]
YUMAR	[ ]	[X]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Linea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Cordero CÉDULA 1106772407 FIRMA

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

NOMBRE Harold Cordero CÉDULA 1106772407 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6582826 FIRMA Jhon Jairo 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 11 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 11 MES: 09 AÑO: 28 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cristian camilo Tovar	1007650621		Cristian camilo Tovar
2	Ricardo Moreno	73169979		Ricardo M
3	Pedro Sabaleta	1128054322		Pedro L S
4	Edwar Alberto	14011845		Edwar
5	Equipo Extra	14011560		
6	Alberto Mendoza	14010163		Alberto

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

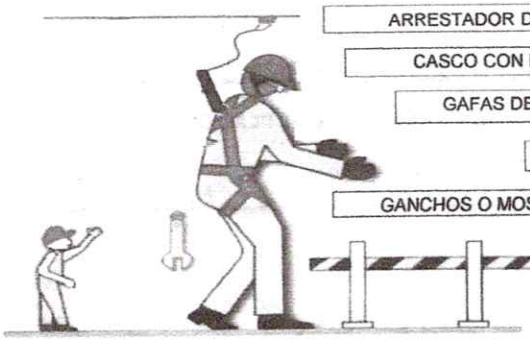
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

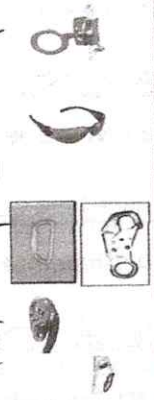
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Cinta de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO
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	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Correa CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Correa CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Luis Ramirez CÉDULA 6582826 FIRMA Luis Jonathan 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**

CONSORCIO
EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 22 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHALALA 1

VALIDO HASTA: DIA: 22 MES: 09 AÑO: 28 Hora 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 Manuel Gaitan	1005851365		
2	Cesar Romero	9102430		
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

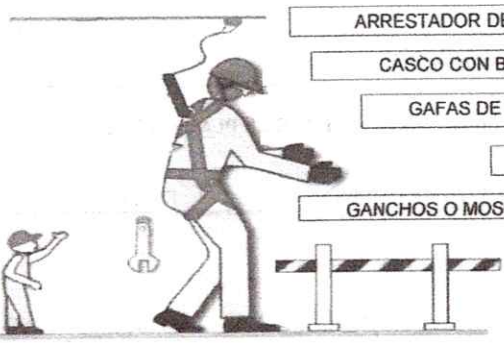
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de hierro a placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

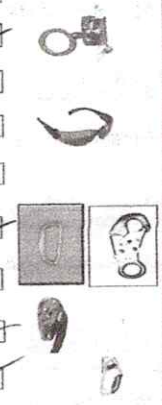
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I´D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, linea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Correa CÉDULA 1106773404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Correa CÉDULA 1106773404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6126216 FIRMA Jhon Jonatan 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 12 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: Barranquilla

VALIDO HASTA: DIA: 12 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 16:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ricardo M	CC	73169979	
2	Nelfes Conco H	CC	1980935	
3	[illegible]	CC	3806471	
4	Nilson Alvarez C	CC	8850162	Nilson A C
5	Luis Fernando Rios Mendez	AUX	1005 850 834	Luis Fernando
6	Julio Gutierrez	AUX	7655787	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

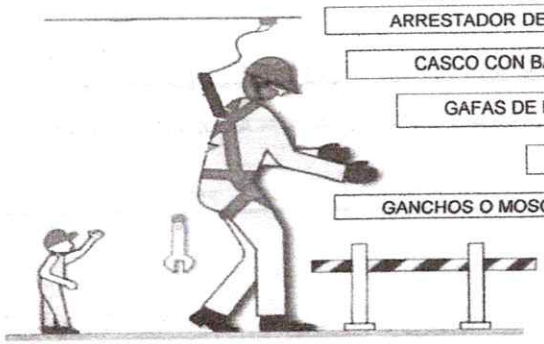
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

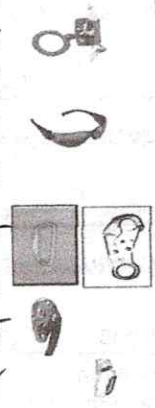
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, andamio

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ NAA ☑ ANDAMIOS Aplica ☐ NAA ☐

	SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐

	SI	NO
ASEGURADO EN LA BASE	☑	☐
MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☑	☐
PLATAFORMA METÁLICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
PLATAFORMA METÁLICA ASEGURADAS	☑	☐
SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☑	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑

RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Carranza CÉDULA 1106777507 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106777507 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 5582876 FIRMA Jhon Jairo 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**

CONSORCIO
EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 12 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 12 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 16:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cristian Roman F	Ce	1047414876	
2	Ernesto Lopez	Cc	93446814	
3	Jose manuel	Ce	1005851365	Jose manuel
4	Juan fernando	Ce	1006500937	Juan Cardenas
5	Cristian camilo Tovar	Cc	1001650621	Cristian camilo Tovar
6	Adolfo Rosero	Ce	73193667	ARC

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

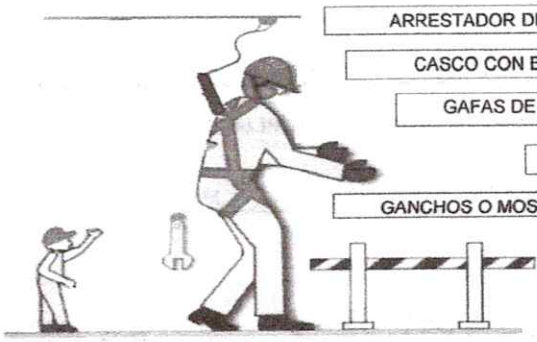
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

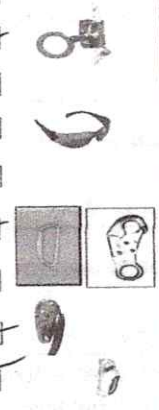
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, andamio

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☑ N.A ☐

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☑	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☑	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☑	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☑	☐

	SI	NA		SI	NO
ESCALERA FIJA	☐	☑	RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐

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 Harold Carranza CÉDULA 1106777xxx4 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106777xxx4 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Luis Ramirez CÉDULA 6382826 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 12 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: Chapinero

VALIDO HASTA: DIA: 12 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 16:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cesar Ramos	CC	9102430	Cesar Ramos
2	Hugo Adiel Zapata	CE	1005743450	Hugo Adiel Zapata
3	Alberto Mendoza	CC	14010167	Alberto
4	/	/	/	/
5	/	/	/	/
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista.

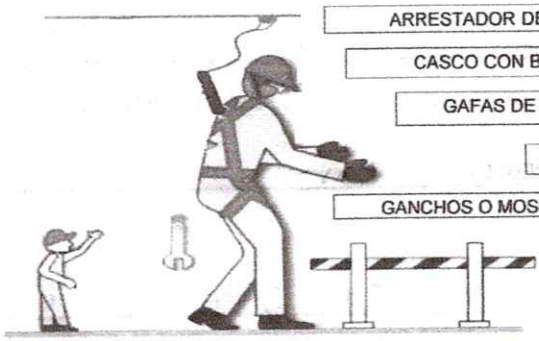
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [X] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[X]
ESLINGA	[X]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[X]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[X]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[X]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[X]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[X]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[X]
BARANDAS	[ ]	[X]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[X]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[X]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[X]
CASCO CON BARBUQUEJO	[X]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[X]	[ ]
GUANTES	[X]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[ ]
SEÑALIZACIÓN	[X]	[ ]
I'D	[ ]	[X]
YUMAR	[ ]	[X]

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, andamio

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	X		X		X							
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?		X		X								
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	X		X									

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☑	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☑	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☑	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☑	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Cabrera CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Cabrera CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 65828826 FIRMA Jhon Jairo 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 24 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 24 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 16:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Yilber Lopez	CC	1111332708	
2	Juan Cutiva	CC	26553967	
3	Juan fernando	CC	1006500937	Juan Cardenas
4	Jose manuel	CC	1005851365	Jose manuel
5	Sebastian Gallinda	CC	1106066197	
6	Yimis Patiño	CC	9154319	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

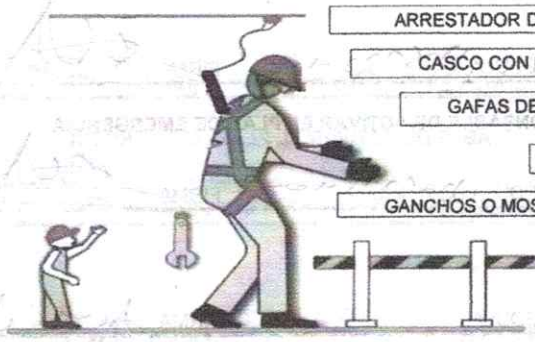
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Montaje costillo Columnas en placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[ ]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta Manual.

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Andamio

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☑ N.A ☐

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☑	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☑	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☑	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA 1067711407 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067711407 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Jaider 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 24 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 24 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 16:00 CONTRATO N°_____

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ernesto Lopez	cc	93445714	
2	Adolfo Romero	cc	73197667	
3	Dorian Alvarez	cc	3806475	
4	cristian camilo Tovar	cc	1001650621	cristian camilo Tovar
5	Ricardo Herrera	cc	73169979	
6	Alfonso Patiño	cc	14012612	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas en placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [✓] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

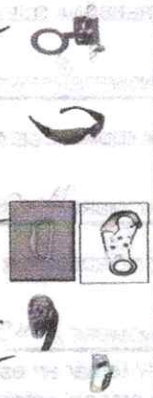
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[✓]
ESLINGA	[✓]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[✓]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[✓]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[✓]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[✓]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[✓]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[ ]
BARANDAS	[ ]	[✓]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[✓]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[✓]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[✓]
CASCO CON BARBUQUEJO	[✓]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[✓]	[ ]
GUANTES	[✓]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[✓]
SEÑALIZACIÓN	[✓]	[ ]
I'D	[ ]	[✓]
YUMAR	[ ]	[✓]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramientas manuales

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, anclamos

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☑ N.A ☐

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☑	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☑	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☑	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☑	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Heraldo Carranza CÉDULA 1067[illegible]04 FIRMA

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

NOMBRE Heraldo Carranza CÉDULA 1067[illegible]04 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Ivan Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Ivan Jaramillo 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 24 MES: 9 AÑO: 28 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: Chapinero

VALIDO HASTA: DIA: 24 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 16:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Eingfeberto Pajaro	CC	9153751	
2	Welfer Cortes H.	CC	8'980938.	
3	Andres Tejedor	CC	1047414876	
4	Cristian E. Gomez J.	CC	1047414876	
5	Hector Cespedes	CC	11523070	
6	LUIS FERNANDO RISCO MENDEZ	CC	1005 854 834	LUIS FERNANDO

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista.

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

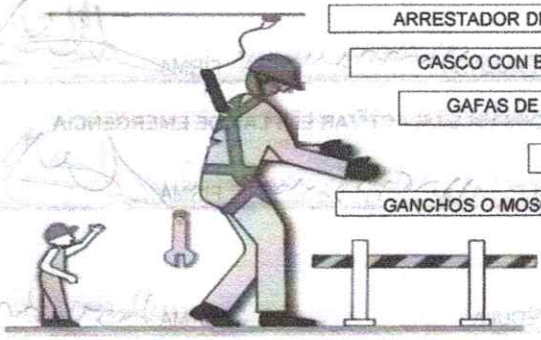
Montaje aut.llo columnas en Placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, ordenes

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☑ N.A ☐

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☑	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☑	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☑	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☑	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Carranza CÉDULA 1.098.772.407 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1.098.772.407 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Romero CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Janeth Romero

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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 15 MES: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: 08:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 15 MES: 09 AÑO: 2026 Hora 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 Seglo	Cc	7407627 0	Jose Seglo
2	Jhon Diaz	Cc	1709420596	Jhon Edwin Diaz
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:
Nuevo Proyecto Hospital San Juan Bautista

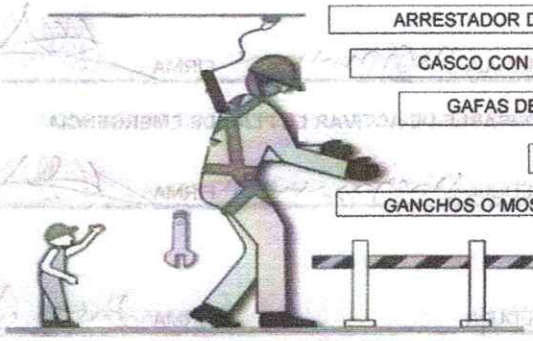
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:
Descargue de Bloque en Planta.

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	☐	☑
ESLINGA	☑	☐
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	☑	☐
ARNÉS INTEGRAL	☑	☐
ESLINGA POSICIONAMIENTO	☐	☑
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	☐	☑
AYUDANTE DE SEGURIDAD	☑	☐
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	☑	☐
BARANDAS	☐	☑

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	☐	☑
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	☐	☑
CASCO CON BARBUQUEJO	☑	☐
GAFAS DE PROTECCIÓN	☑	☐
GUANTES	☑	☐
GANCHOS O MOSQUETONES	☐	☑
SEÑALIZACIÓN	☑	☐
I´D	☐	☑
YUMAR	☐	☑



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Linea de vida

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?	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	☐	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☑	☐

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Correa CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Correa CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jhon Jairo 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 15 MES: 09 AÑO: 20 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: CAMPAÑA

VALIDO HASTA: DIA: 15 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Keiner	1047167756		
2	Pedro Luis	CE	1124064322	Pedro
3	Luis Fernando Rico Mendez	1005854854		Luis Fernando
4	Edgar Rodriguez	1005851325		Edgar R
5	/	/	/	/
6	/	/	/	/

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

Anclaje de hierro en placa y armado de vigas.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

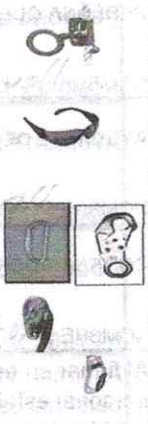
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, línea de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[x]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA 1106771404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106771404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jair Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jair 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 25 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 25 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Engilberto Pajaro	cc	9153751	
2	Juan Fernando	cc	1006500937	Juan Cardenas
3	Ignacio Lopez	cc	93414874	
4	Wilson Padilla	cc	1401261	
5	Ricardo Marquez	cc	73169979	
6	Yimis Pajaro	cc	9154319	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista.

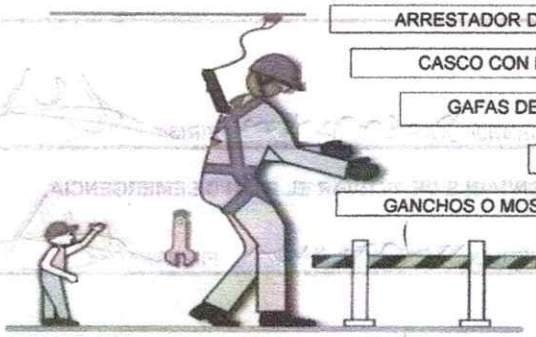
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Anclaje de hierro en vigas de placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Línea de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

	SI	NA		SI	NO
ESCALERA FIJA	☐	☑	RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Herold Consuegra CÉDULA 1126772404 FIRMA

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

NOMBRE Herold Consuegra CÉDULA 1126772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Romero CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Romero

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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 25 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: Chalarca

VALIDO HASTA: DIA: 25 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Victor M Parra	73007703		
2	Adolfo Rondon	73197667		
3	Jaime Hidalgo	CC	3806475	
4	Luis Lutiel Yepez	CC	26553987	
5	Wilson Alvarez Cano	CC	8850462	
6	Cristian E Gomez J	1047404876		

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I´D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Linea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jhon Jonathan 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 16 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 16 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ernesto Lopez	CC	93448714	
2	Jaime Hernandez	CC	3806478	
3	Adolfo Ramos	CC	73193667	
4	Enilberto Lozano	CC	91537591	
5	Blayner Andres Tabal	CC	98617301	
6	Helmy Fernando Estrada	CC	1047467756	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

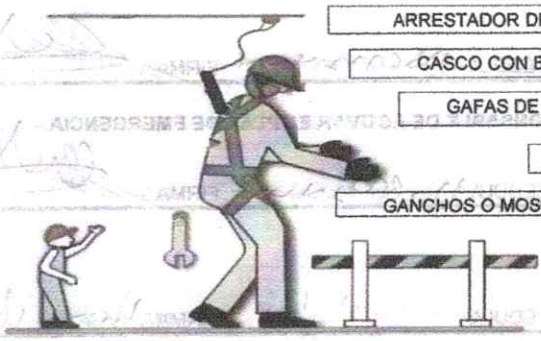
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columna.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Andamio

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

	SI	NA		SI	NO
ESCALERA FIJA	☐	☑	RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐

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:

JHOYCARMOL

73576223

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 65.828.126. FIRMA Juan 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 26 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 26 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Edwar Rodriguez	CC	1005881325	Edwar R.
2	Harold Carrera	CE	1006772487	
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Jmbrado en estructura de placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, linea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA 1106772400 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772400 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 16 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 16 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Luis Fernando Rico Mendez	CC	1005854834	Luis Fernando
2	Ricardo M	CC	73169979	Ricardo M
3	Cristian Camilo T	CC	1047414876	
4	Wilson Alveiro Castro	CE	8850462	Wilson A C
5	Jose Manuel Gaitan	CC	1005881365	Jose Manuel
6	Cristian camilo Tovar	CC	1007650621	Cristian camilo Tovar

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

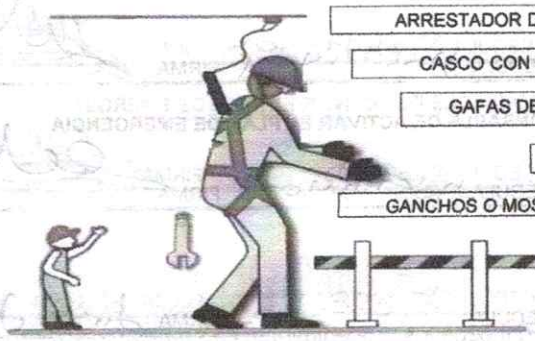
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [✓] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[✓]
ESLINGA	[✓]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[✓]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[✓]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[✓]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[✓]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[✓]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[✓]
BARANDAS	[ ]	[✓]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[✓]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[✓]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[✓]
CASCO CON BARBUQUEJO	[✓]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[✓]	[ ]
GUANTES	[✓]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[ ]
SEÑALIZACIÓN	[✓]	[ ]
I'D	[ ]	[✓]
YUMAR	[ ]	[✓]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Andamios

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Contreras CÉDULA 1106771404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1106771404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jusy Ramirez CÉDULA 65.828.126. FIRMA Jusy 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 17 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 17 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Brayan E Ramos	Cc	1047448876	
2	[illegible]	Cc	1047467756	
3	Ricardo M	Cc	73169979	Ricardo M
4	Nilson Alvarez col.	Cc	8850462	Nilson A.C
5	Ernesto Lopez	Cc	93448714	
6	JHON C Ramos B	Cc	75576233	JHON

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

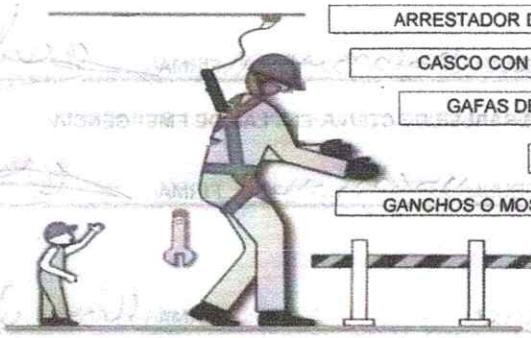
Amasar de hierro en placa.

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	☐	☑
ESLINGA	☑	☐
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	☑	☐
ARNÉS INTEGRAL	☐	☑
ESLINGA POSICIONAMIENTO	☐	☑
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	☑	☐
AYUDANTE DE SEGURIDAD	☑	☐
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	☐	☑
BARANDAS	☐	☑

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	☐	☑
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	☐	☑
CASCO CON BARBUQUEJO	☑	☐
GAFAS DE PROTECCIÓN	☑	☐
GUANTES	☑	☐
GANCHOS O MOSQUETONES	☐	☑
SEÑALIZACIÓN	☑	☐
I'D	☐	☑
YUMAR	☐	☑

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, linea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

	SI	NA		SI	NO
ESCALERA FIJA	☐	☑	RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐

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 Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 18 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: Charrasol

VALIDO HASTA: DIA: 18 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Rolando LARA	CC	1024938407	Rolando
2	[illegible]	CC	1014167756	
3	Alberto mendoza	CC	1101016??	Alberto
4	Alonso PADILLA	CC	14012612	Alonso P.
5	Luis Gutierrez	CC	2553987	
6	Walter Cano	CC	81980938	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

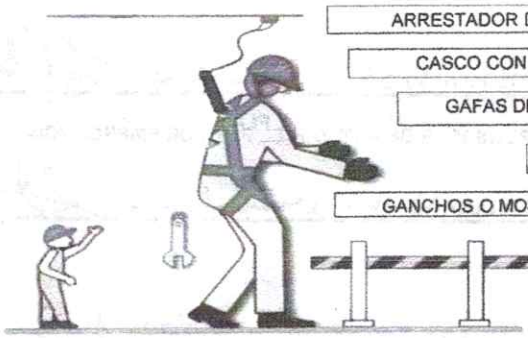
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de estructura placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, linea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Serrano CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Serrano CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Janeth Rey CÉDULA 65.828.126 FIRMA Juan Janeth Reyes

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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 28 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 28 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Adolfo Romero	CC	73193667	ARC.
2	Ernesto Lopez	CC	93466714	EL
3	Cindelerth Pajaro	CC	9153[illegible]	Ecp
4	Wilson Alvarez	CC	8854627	[illegible]
5	Cristian Ramirez	CC	1047448876	[illegible]
6	Luis Fernando Rico Mendez	CC	1065854830	LUIS FERNANDO

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

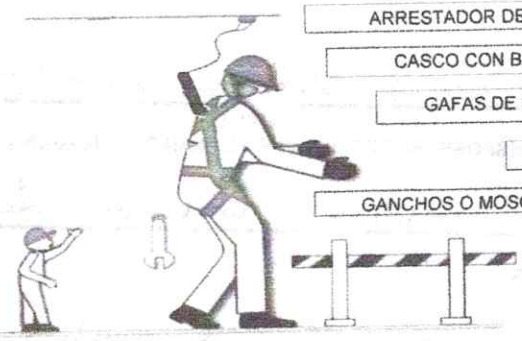
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de estructura para placa.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[ ]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I´D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Linea de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Contanza CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contanza CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Juan Jareth 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 28 MES: 9 AÑO: 20 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 28 MES: 9 AÑO: 20 Hora final: 18:00 CONTRATO N° _____

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ricardo M	Cc	73169979	Ricardo M
2	Juan fernando	Cc	1006500937	Juan fernando
3	Yenis Tafaro	Cc	9154319	
4	Edwar Rodriguez	Cc	1005 651 325	Edwar R
5	/	/	/	/
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

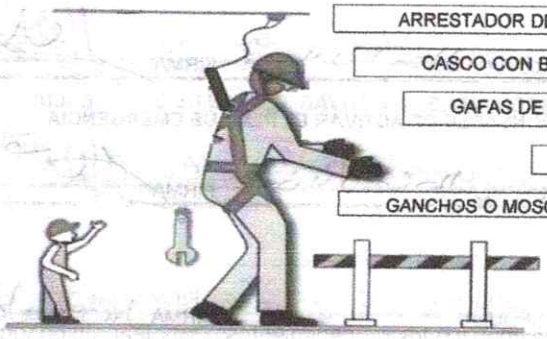
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de estructura para placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[ ]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Línea de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	x		x		x		x					
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?		x		x		x		x				
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	x		x		x		x					

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA 1106771404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106771404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Ivan Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Ivan Jaramillo 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**

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☑ N.A ☐

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☑	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☑	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☑	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☑	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Jamith 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 21 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: Harana

VALIDO HASTA: DIA: 21 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 1800 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cristian C Ramirez	cc	1047414876	
2	Alberto mendoza	cc	16010167	Alberto
3	Adolfo Romero	ce	73193667	ARC
4	Ingleberto Palomo	cc	91537591	Emp
5	Ernesto Lopez	cc	93448714	C/
6	Nilson Alvarez C	cc	8850462	Nilson A C

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

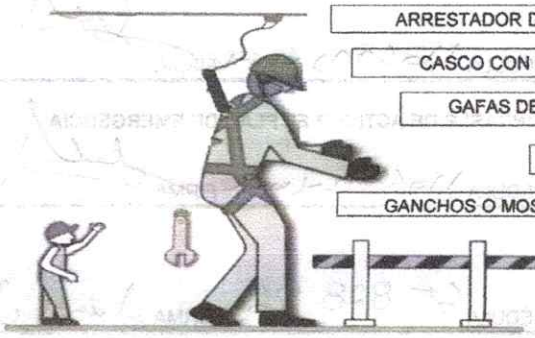
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Desencofrado de Placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

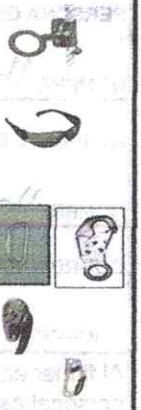
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, ordenado

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 21 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHARALA

VALIDO HASTA: DIA: 21 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Juan Fernando Rodriguez	Ce	1006500937	Juan Cardenas
2	Nelver Cortes H.	Ce	8'980988.	
3	Pedro Cruz	Ce	1128054322	PEDRO
4	EDWAR IGAL	Ce	14011845	EDWAR
5	ALFONSO PADILLA	CC	14012612	ALFONSO P.
6	Cristian camilo Tovar Sanchez	CC	1007650621	cristian camilo Tovar

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Montaje de castillo en E-Lmas.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

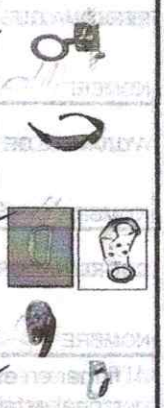
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, anclamos

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☑ N.A ☐

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☑	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☑	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☑	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☑	☐

	SI	NA		SI	NO
ESCALERA FIJA	☐	☑	RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐

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 Harold Carranza CÉDULA 1.067.[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1.067.[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Juan Jonatan 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 21 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: Chapinero

VALIDO HASTA: DIA: 21 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Luis Fernando Rico Alvarez	Cc	1000854834	Luis Fernando
2	Ricardo M	Cc	73169979	Ricardo M
3	Jose Sierra	Cc	1140162 7	Jose Sierra
4	Robin Yesid Estrada	Cc	1014746756	
5	/	/	/	/
6	/	/	/	/

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

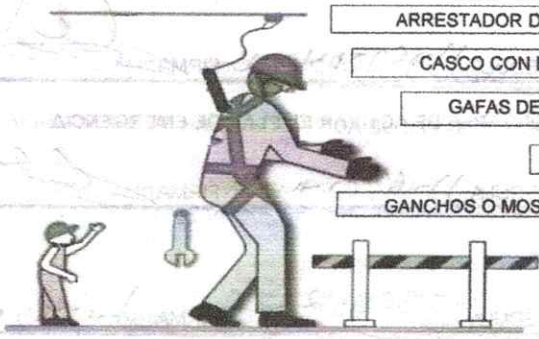
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de material a placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, línea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☑ N.A ☐

	SI	NO
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	☑	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

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 Harold Carranza CÉDULA 1067731404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067731404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 23 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:

VALIDO HASTA: DIA: 23 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 16:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Jose Sepulveda	CC	1140762720	Jose Sepulveda
2				
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

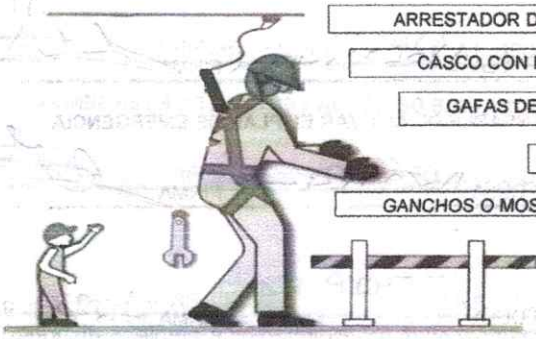
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de bloque y arena en placa

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

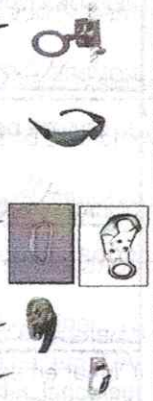
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I´D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Sí, línea de vida

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]

SISTEMA DE ASCENSO

ESCALERA PORTÁTIL Aplica ☐ N.A ☑ **ANDAMIOS** Aplica ☐ N.A ☑

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐	PLATAFORMA METALICA EN BUEN ESTADO	☐	☐
			PLATAFORMA METALICA ASEGURADAS	☐	☐
			SUPERFICIE HORIZONTAL Y ESTABLE	☐	☐

ESCALERA FIJA SI ☐ NA ☑ RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO SI ☐ NO ☐

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **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 Harold Carranza CÉDULA 1106[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE José Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA José 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**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 27 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: Chalatan

VALIDO HASTA: DIA: 27 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°:

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Bladimir Arrieta Ho	98617501	98617501	
2				
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

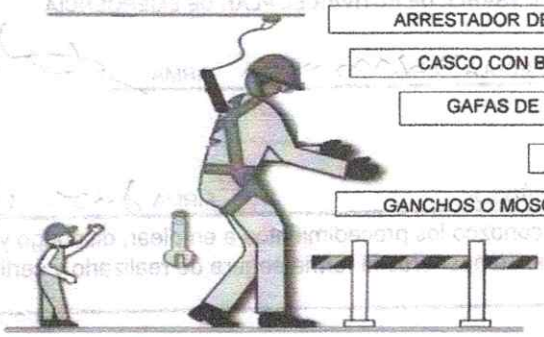
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en vigas de placa.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[x]	[ ]
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 mt de altura)	[x]	[ ]
ARNÉS INTEGRAL	[ ]	[x]
ESLINGA POSICIONAMIENTO	[ ]	[x]
CINTA DE ANCLAJE PORTATIL	[x]	[ ]
AYUDANTE DE SEGURIDAD	[x]	[ ]
CONTROL CAÍDA DE OBJETOS	[ ]	[x]
BARANDAS	[ ]	[x]

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[ ]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I´D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Línea de vida.

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]

	SI	NO
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		

ESCALERA FIJA	SI	NA
		✓

	SI	NO
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO		

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 Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jhon Jairath 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**