CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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	Rolando LARA	Cc	1041993807	Rolando
2	Alberto MORALES	Cc	16010167	Alberto
3	Wilson Alvaro Cortes	cc	8850462	Wilson A C
4	Empleado de Pagos	cc	9153751	ENF
5	Cristian Eduardo [illegible]	cc	1047404876	[illegible]
6	Jimis PATIÑO E	cc	9154319	[illegible]

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

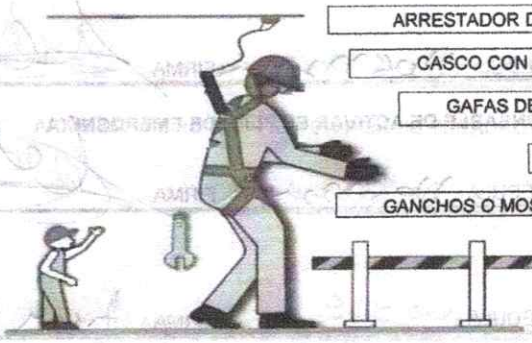
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de estructura eleva

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	[ ]	[ ]
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: 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 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 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: Chapparro

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	Cristian camilo Tovar	Ce	1001650621	Cristian Tovar
2	Edgeto Lopez	ce	93448714	
3	Walter Cortes H.	ce	8.980938	
4	Luis Soliarez	ce	4553987	
5	Alonso Padilla	ce	14012612	Alonso
6	Juan fernando		1006500937	Juan Cardenas

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

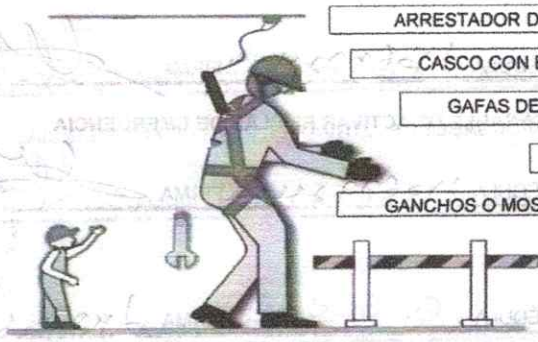
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado estructura de Placa

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, 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
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? N **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 Carrera CÉDULA 1.067.xxx.xxx FIRMA

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

NOMBRE Harold Carrera CÉDULA 1.067.xxx.xxx FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jhon Jonatn 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: CHARALA1

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	Luis Fernando Rico Mejia	cc	1005 854 854	Luis Fernando
2	Edwin Yesid Ibarra	cc	1044467756	Edwin Y
3	Adolfo Romero	cc	73193662	ABC
4	Carlos Torres Jr	cc	91024530	Carlos T
5	Andres Romero	cc	1073684824	Andres R
6	Pedro Luis	cc	1128054322	Pedro

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

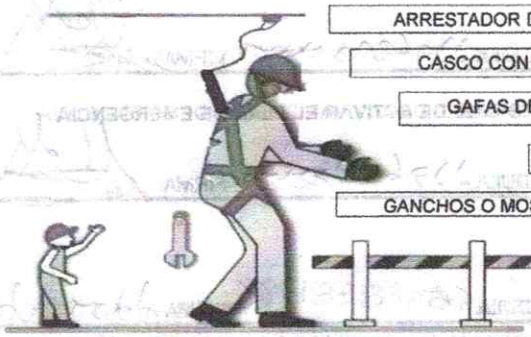
Armado de estructura de placa

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]	[ ]	[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]	[ ]

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 11-677-[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 11-677-[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: 24 MES: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:00 Am CENTRAL/SEDE:: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 24 MES: 09 AÑO: 2026 Hora final: 16:00 PM CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cristian E Romero	Cc	1047448876	
2	Luis Gutierrez	Cc	26553987	
3	Alonso Padilla	Cc	14012612	
4	Juan fernando	Cc	1006500937	Juan Cardenas
5	Pedro Luis	Cc	1129054322	Pedro Luis
6	Einylebert Pajoy	Cc	9153751	

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	☑	☐

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 Contanta CÉDULA 1106777140 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contanta CÉDULA 1106777140 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Liby Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Liby 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: 7:00 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	Nilson Alvarez C	CE	8850462	Nilson A C
2	Cristian camilo Tovar Sanchez	CC	1007650621	Cristian Tovar
3	Ernesto Lopez	CC	93411871	
4	Felipe Lozano	CC	1.116.260....	
5	Jimis Pastrana	CC	91543149	
6	Adolfo Rincon	CC	73193667	ARC.

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

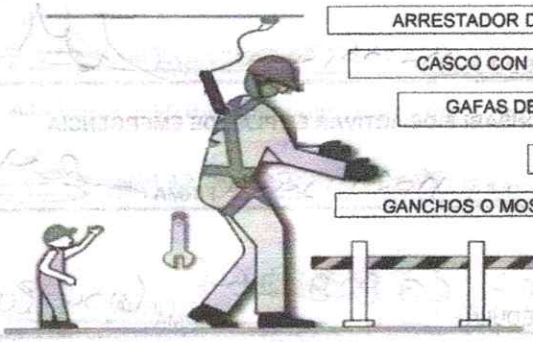
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado estructura en Placa

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

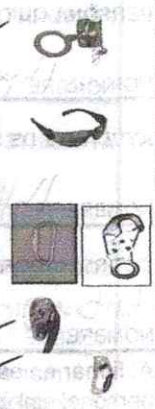
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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? 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 Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Herold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Liny Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Liny 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: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHARTA

VALIDO HASTA: DIA: 24 MES: 9 AÑO: 28 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	Rolando LARA	CC	1064993490	Rolando
2	Kevin v SANTISTEBAN	CC	1047116756	
3	Wilfer Cortes M.	CC	81980938.	
4	Hugo Adel zapata	CC	1005173450	Hugo Adel zapata
5	EDWAR LEAL	CC	14011845	EDWAR
6	Jose Sergio	CC	14076270	Jose Sergio

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

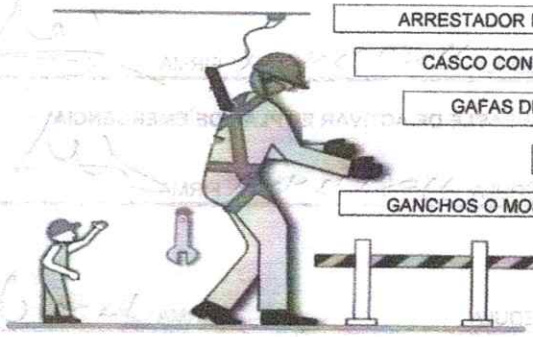
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de Material a Placa

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, 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]	[ ]	[ ]	[ ]
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 Contreras CÉDULA 1106777444 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1106777444 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: 25 MES: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:00 Am CENTRAL/SEDE:: Chapinal

VALIDO HASTA: DIA: 25 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	Yuri Benjamin Rodriguez	2655398		
2	Ruben Dario Ramirez	1047448 76		
3	Alexander Padilla	1401261 2		
4	Juan Fernando	CC	1006	Juan F.
5	EDWAR LEAL	14011845		EDWAR
6	Jhon Dolwin Diaz	1709420 596		Jhon Dolwin Diaz

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

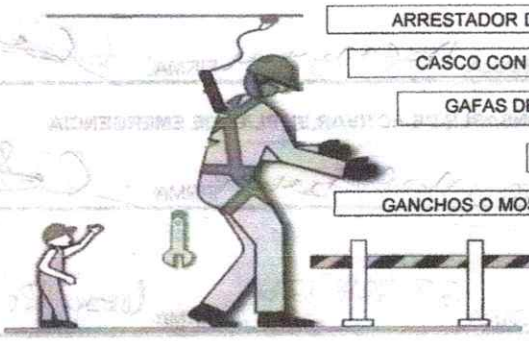
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Anclaje de hierro en placa

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, 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	☐	☐
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 Carrera CÉDULA 1106777xxx FIRMA

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

NOMBRE Harold Carrera CÉDULA 1106777xxx FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Lisy Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Lisy 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: 2026 Hora inicio: 07:00 Am CENTRAL/SEDE: Chapama I

VALIDO HASTA: DIA: 25 MES: 09 AÑO: 2026 Hora final: 12:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Yonis Pastrana	cc	9154319	
2	Engleberto Pappa	cc	9153731	
3	Victor M Parra	cc	73007705	
4	Ernesto Lopez	cc	934487/4	
5	Nelfer Cordero M	c	81980938.	
6	Nilson Alvarez C	C	8850762	Nilson AC

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

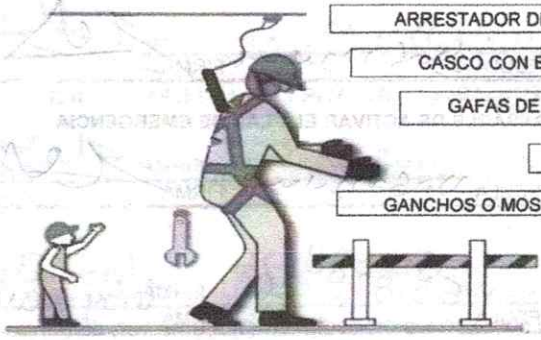
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en placa.

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

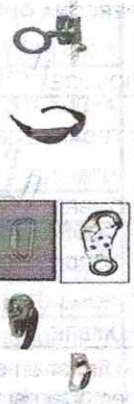
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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, 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 Carrera CÉDULA 1106777xxx FIRMA

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

NOMBRE Harold Carrera CÉDULA 1106777xxx FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Lirsy Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Lirsy 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: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 28 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	Rolando Lara	cc	1049938907	Rolando
2	Ernesto Lopez	cc	93448714	
3	Jhon Darwin Diaz Bonilla	cc	1109420596	Jhon Darwin Diaz
4	Jose Sepulveda	cc	1120627	Jose Sepulveda
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de muro

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, arnés y 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	☑	☐
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 Carrera CÉDULA [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carrera CÉDULA [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Romero CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Joseth 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: 28 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 28 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	Nelfer Cerco M	CC	8'980938.	
2	Juan Gutierrez	CC	16553984	
3	Wilson alvarez c	CE	B850462	Wilson A C
4	Rolmy Montoya	CE	607461750	
5	Juan fernando	CC	1006500937	Juan F.
6	Adolfo Romero	CC	73193667	ARC

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

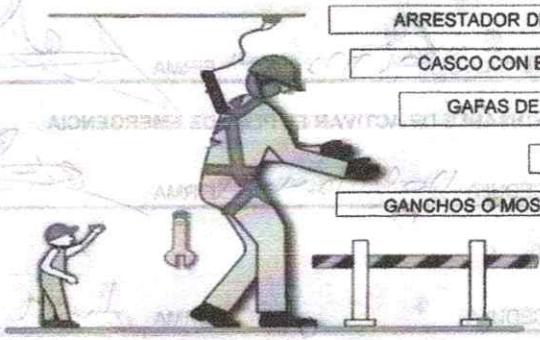
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de muro

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 y 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?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☐	☑
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? 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 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: 29 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: CHALARCA

VALIDO HASTA: DIA: 2a MES: 9 AÑO: 2C 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	Wilfer Cano H	cc	8'980938.	
2	Darlin E Ramirez J	cc	1047414876	
3	Adolfo Romero	cc	73193667	ARC
4	Ihan Darwin Diaz Bonilla	cc	1709420596	Ihan Darwin Diaz
5	REYNEL Jaramillo	cc	93457745	Jaramillo
6	EDWAR LEAL	cc	14011845	EDWAR

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

Armado estructura para Placa

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

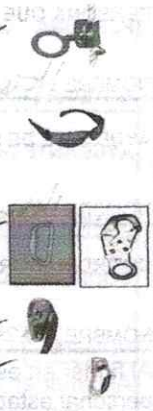
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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	[ ]	[x]
SEÑALIZACIÓN	[x]	[ ]
I'D	[ ]	[x]
YUMAR	[ ]	[x]



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramientas manuales

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 1106771604 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106771604 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Remuel CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Janeth Remuel

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: 29 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 29 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	Ernesto Lopez	cc	93448714	
2	Nilson Alvarez Cano	CC	8.850.462	
3	/	/	/	/
4	/	/	/	/
5	/	/	/	/
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

Armado 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 1106777404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106777404 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: 30 MES: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:00 Am CENTRAL/SEDE:: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 30 MES: 09 AÑO: 2026 Hora final: _____ CONTRATO N°_____

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Wilson Alvarez Co	CE	Wilson AC	8850462
2	Ernesto Lopez	CC	93411871	
3	Kevin Estrada	CC	1047467756	
4	Jaime Alvarez	CC	3806475	
5	Juan Fernando	CC	1065600937	Juan F.
6	Adolfo Romero	CC	73193667	ARC

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

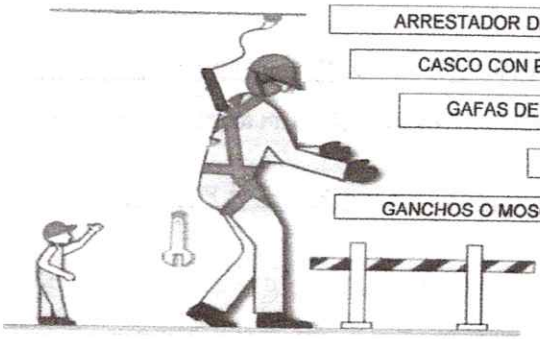
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro, fundida de placa

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

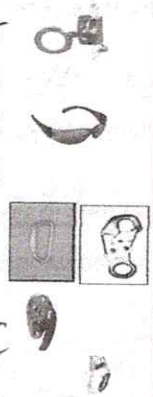
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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, Andamio y 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]
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 Cuenca CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Arnold Cuenta CÉDULA 1067[illegible]4 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Lizy Janeth Ramirez 65.828.126 Lizy Ramirez

NOMBRE CÉDULA FIRMA

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: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: 7:00 Am CENTRAL/SEDE:: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 30 MES: 09 AÑO: 2026 Hora final: _____ . CONTRATO N°_____

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Reynel Tavo Millo	Cc	93457715	
2	Jhon Darwin Diaz Bolaño	Cc	1709420596	
3	Cristian Eduardo Jimenez	cc	1047414876	
4				
5				
6				

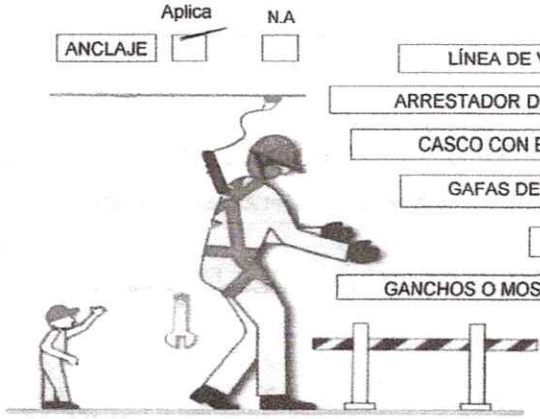
SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

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

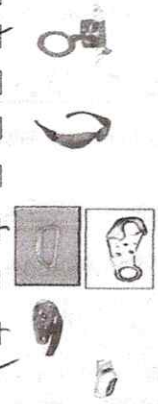
TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO [x] NO RUTINARIO [ ] ALTURA APROXIMADA :

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
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		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 Herald Carrera CÉDULA 1106777407 FIRMA

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

NOMBRE Herold Carrera CÉDULA 1106777407 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Liray Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Liray 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: 01 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: SAMARIA

VALIDO HASTA: DIA: 01 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	Carlos Damian	CC	1105695776	Carlos Damian
2	Fabio Gonzalez	C.C.	1055411786	Fabio G.
3	Jhon Carvajal	CC.	1105614950	
4	Sebastian Galindo	CC.	1106769197	
5	DIEGO UMASOR	CC	7729770	DIEGO UMASOR
6	Nuevo varon	CC	1007289543	Nuevo varon

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

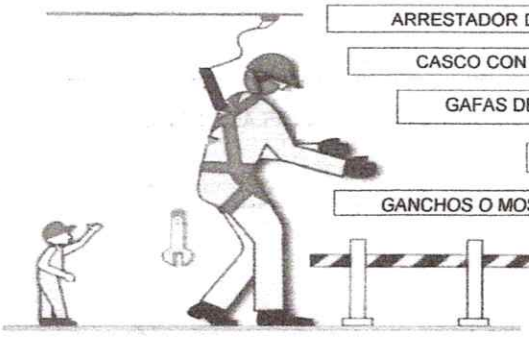
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de estructura para placa

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

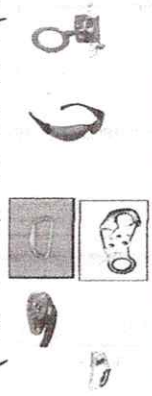
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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	[ ]	[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]	[ ]	[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 Alexander CÉDULA 1687758 FIRMA Alexander

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

NOMBRE Wilder Veron CÉDULA 1007189543 FIRMA Wilder Veron

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6582816 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: 02 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE: Hospital

VALIDO HASTA: DIA: 2 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	Fabio Gonzalez	C.C.	1056411796	Fabio G.
2	Diego Urrego	C C	7729770	Diego Urrego
3	Carlos Cardona	CC	1056137179	Carlos Cardona
4	Diego Carvajal	C.C	1056114956	Diego Carvajal
5	Neider Varon	CC	1007289543	Neider Varon
6	German Gomez	CC	91258906	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

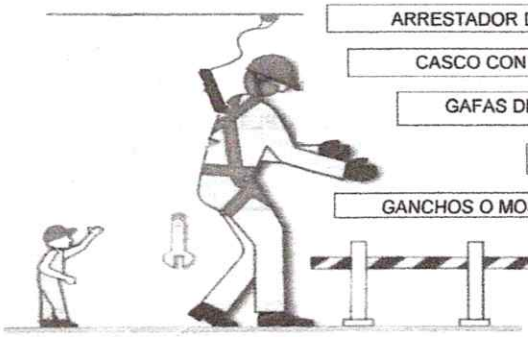
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de placa y columnas

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

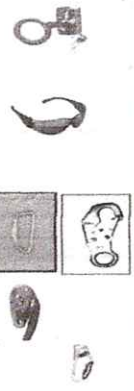
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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	[ ]	[ ]
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 y 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? **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 Albero CÉDULA 16187758 FIRMA Albero

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

NOMBRE Nelder Varon CÉDULA 1007895543 FIRMA Nelder Varon

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Lizy Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Lizy 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: 03 MES: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:00 am CENTRAL/SEDE:: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 03 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	Fabian Gonzalez	C.C.	1054411786	Firma
2	Neider Vanegas	CC	1007889543	Neider Vanegas
3	Carlos Damian	CC	1105065496	Carlos Damian
4	Jhon Cardenas	CC.	1105014956	
5	Diego Velasquez	CC	7729770	Diego Velasquez
6	Sebastian Galindo	C.C.	1106762197	Sebastian Galindo

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

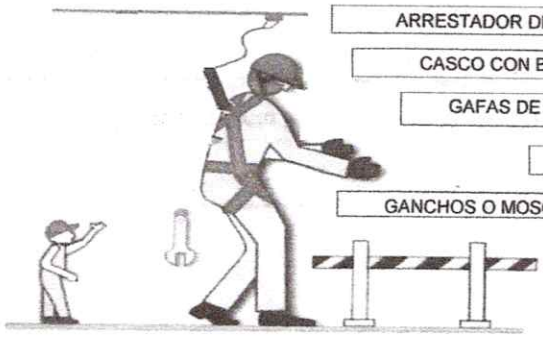
Descanso Fraile Placa

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

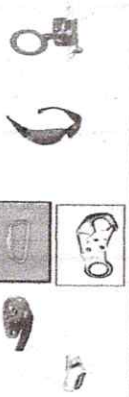
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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]	[ ]

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 Alberto CÉDULA 16187758 FIRMA

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

NOMBRE Wilder Varon CÉDULA 1007289543 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Luz Ramirez CÉDULA 65782128 FIRMA Luz 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: 5 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 9:00 CENTRAL/SEDE: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 5 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Elsa Gonzalez	C.C.	1086411785	Elsa G.
2	Néider Varon	CC	1007899543	Néider Varon
3	Erwin Gomez	CC	91258406	
4	Diego Salazar	CC	7729770	Diego Salazar
5	Carlos Parra	CC	1105615774	Carlos Parra
6	Cristian Camilo Fierro	CC	1106788415	Cristian

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

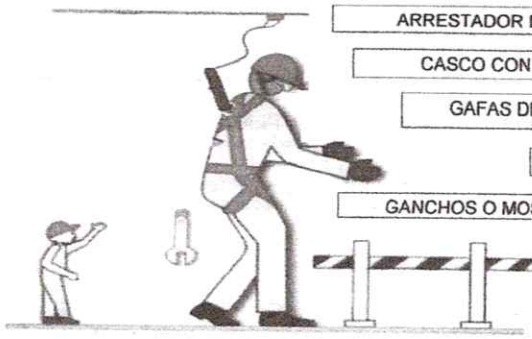
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Anclaje de hierro en placa.

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	[ ]	[ ]
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	[ ]	[ ]



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:

German Gomez Hernandez CC-91.258.906

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Alberto CÉDULA 16187758 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Walder Varon CÉDULA 1002895443 FIRMA Walder Varon

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Remon CÉDULA 6556878 FIRMA Jose Remon

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	Néider Uran	CC	1007289543	Néider Uran
2	Fabio Gonzalez	C-C	1056411785	Fabio G.
3	Diego Urias Ruiz	CC	7729770	Diego Urias
4	Sebastian Galindo	C.C.	1067681947	Sebastian G.
5	Carlos Damian	CC	1152677729	Carlos Dam
6	Diego Cortes	CC	1050164950	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

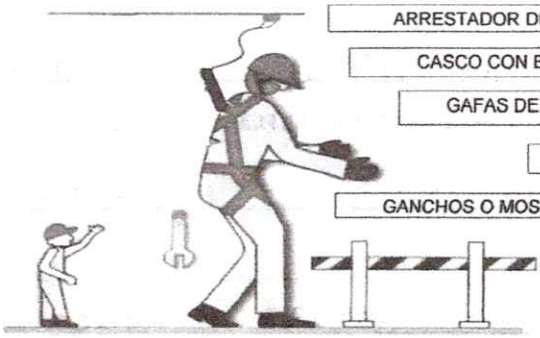
Armado de estructura de placa

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

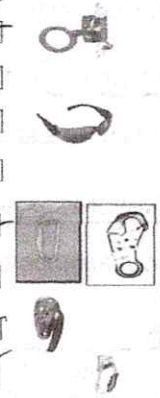
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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

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?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐
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
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:

Germán Gomez H cc. 91.258 906.

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Alberto CÉDULA 16187758 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Nelder Varon CÉDULA 1007789543 FIRMA Nelder Varon

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Pemmza CÉDULA 6,582,128 FIRMA Juan Pemmza

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	Carlos Daniel	CC	1105615779	Carlos Dan
2	Fabio Gonzalez	C.C.	1056711486	Fabio G.
3	Diego Urrego	CC	1.729.770	Diego Urrego
4	Diego Carvajal	CC	1105614950	
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

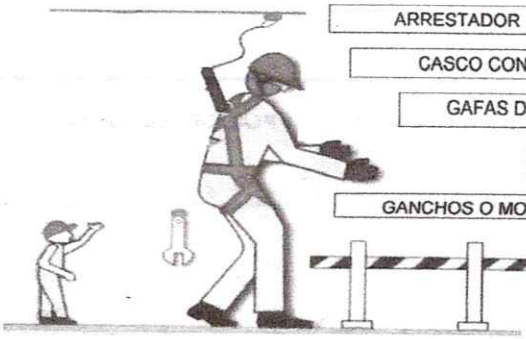
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en Placa

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

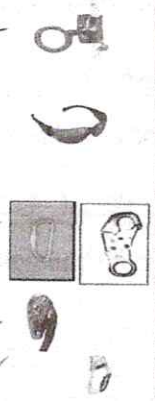
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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

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]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
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 Alberto Vargas CÉDULA 16187758 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Fabio gonzalez CÉDULA 1085641786 FIRMA Fabio G.

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6782826 FIRMA Jhon Jonath 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: 13 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 13 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	Carlos Ocm	CC	1013 615 774	Carlos Ocm
2	Fabio Garcia	C.C.	1016446786	
3	Germán Gomez	CC	91258906	
4	Fray David Rodriguez	CC	1002190715	
5	Diego Garcia	C.C.	1105614956	
6	Sebastian Galindo	CC	1067683147	

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

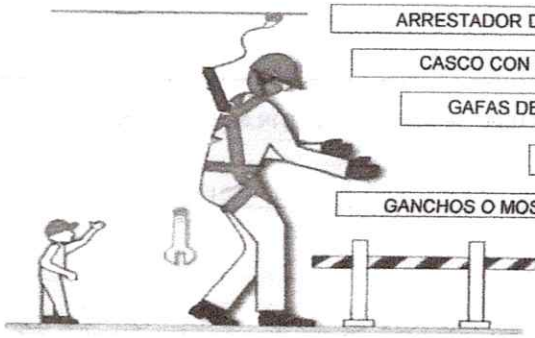
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en estructura de placa

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]	[ ]	[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 Alberto Vargas CÉDULA 6187758 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Carlos Daman CÉDULA 1105795 779 FIRMA Carlos Daman

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Just Ramirez CÉDULA 65828126 FIRMA Just 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: 22 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 22 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	DIEGO CHASOY	CC	7729770	DIEGO CHASOY
2	NEIDER VARON	CC	1007289543	NEIDER VARON
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

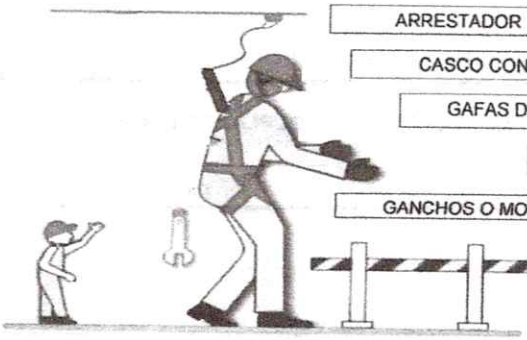
Amarre de hierro en estructura de placa

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

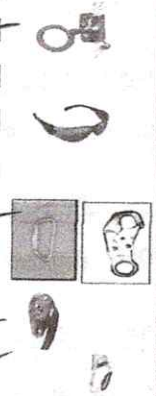
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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 Alberto Vargas CÉDULA 16187758 FIRMA Alberto V.

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

NOMBRE Neider Varon CÉDULA 1007289543 FIRMA Neider Varon.

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 6558126 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: 12 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

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	Fabio Gonzalez	C.C.	1054141786	Fabio G.
2	Nelder Varon	CC	1007249513	Nelder Varon
3	Carlos Damian	CC	1106 611 774	Carlos Damian
4	Diego Carvajal	C.C	1105814956	Diego Carvajal
5	German Gomez	CC	91259906	German Gomez
6	Ditto Urrutia	CC	7'729770	Ditto Urrutia

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

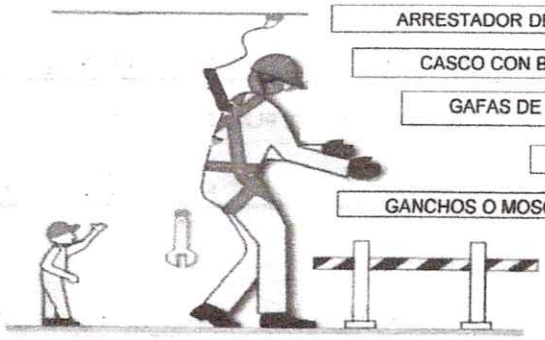
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de estructura en placa

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

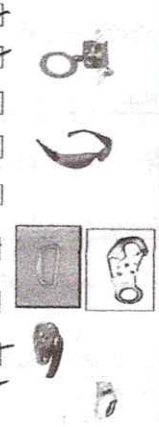
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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? 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 Alberto Vargas CÉDULA 16187758 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Nelder Varon CÉDULA 1007289543 FIRMA Nelder Varon

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Luis Ramirez CÉDULA 6582826 FIRMA Luis Javier 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: 14 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 14 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	Wilder Varon	CC	1007289543	Wilder Varon
2	Gomm Gomm	CE	91258 906	
3	Luis Gutierrez	CC	2655??	
4	DIEGO UMAÑA	CC	7'729370	DIEGO UMAÑA
5	/	/	/	/
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bogota

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida 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]	[ ]	[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 Alberto CÉDULA 16.189758 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Nelson Jaramillo CÉDULA 1007289543 FIRMA Nelson Jaramillo

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Janet 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: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

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	Wilder Varon	CC	1007289543	Wilder Varon
2	Germn Gomz	C.C	91258706	
3	Fabio Ganzalez	C.C.	1054411796	
4	Hugo Cancelado	C.C.	1105014986	
5	Carlos Omar	CC	1101 641 774	Carlos Omar
6	DIEGO VARGAS	CC	7727770	DIEGO VARGAS

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

instalacion vigos para el techo.

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

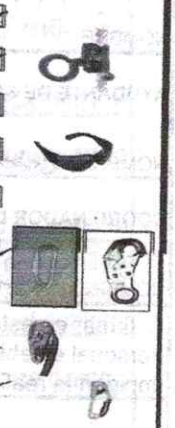
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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: Hospital San Juan Bautista

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: si, lineas de vida y arnes

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?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐

	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:

Sebastian Golindo C.C. 1106768174

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Alberto CÉDULA 16.187758 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Nelder Varon CÉDULA 1007695140 FIRMA Nelder Varon

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: 16 MES: 09 AÑO: 20 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 16 MES: 09 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	Carlos Damian	CC	1105675779	
2	Fabio Gonzalez	CC	1055411787	
3	German Gomez	CC	91.251906	
4	DIEGO VILLASANTE	CC	7729770	DIEGO VILLASANTE
5	Sebastian Galindo	CC.	1106762497	
6	PEDRO LUIS	CC	1128054722	PEDRO

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de vigas aereas.

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? **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 Alberto CÉDULA 16187258 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Carlos Daza CÉDULA 1107615778 FIRMA Carlos Daza

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: 28 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 27 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	Fray David Rodriguez	C.C	1.002190315	Fray
2	Pedro Daniel C.	C.C.	1015411786	
3	HAROLD MARTINEZ MUÑOZ	C-C	1044434903	
4	DIEGO URIAS	CC.	7.729.776	DIEGO URIAS
5	Carlos Ramirez	CC	1.015.411.786	Carlos
6	Sebastian Galindo	C.C.	1.006.968.154	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

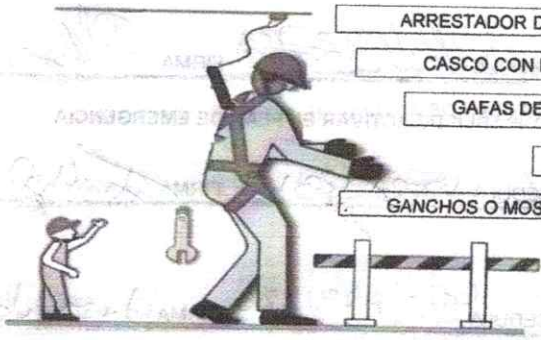
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en placa.

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☑ 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 ☑

	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? 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 Albeiro CÉDULA 16.187.758 FIRMA Albeiro

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

NOMBRE Fred David Rodriguez CÉDULA 1002190315 FIRMA Fred D.

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: 18 MES: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:30 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 18 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	Fredy Daniel R.	1008190210		Fredy Daniel
2	HAROLD MARTINEZ	1047434903		
3	Fabio gonzalez	1056411786		Fabio G.
4	Carlos Damian	(1a) 621772		Carlos Dam
5	DIEGO URIAS	7729170	"	DIEGO URIAS
6	Sebastian Galindo	1064689647	"	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

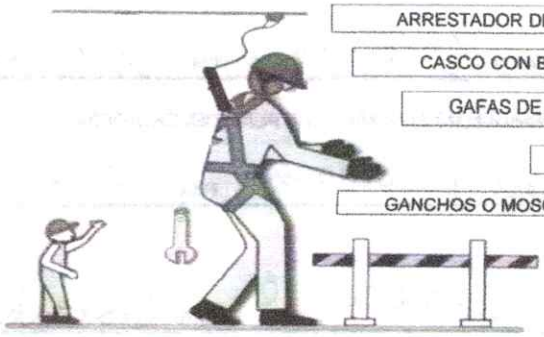
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en viga de estructura.

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

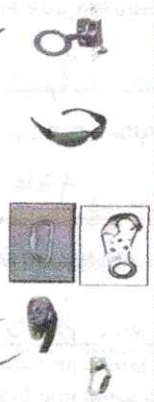
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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, 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?	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]	[ ]
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 [illegible] CÉDULA [illegible] FIRMA [illegible]

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

NOMBRE Fabio Gonzalez CÉDULA 1052411786 FIRMA Fabio Gonzalez.

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Jonath 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: 9 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	Fabio Gonzalez	C.C.	1056941756	
2	Hamilton Rodriguez	CC	1007230369	
3	Jose Romero	CC	1002195302	
4	Anderson Luna	CC	7007831350	
5	Jonathan medina	CC	1.050953972	
6	Richar Sierra Torro	CC	1003561689	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: fundida 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: 2, 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?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐

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 Alberto CÉDULA 16.187.758 FIRMA Alberto

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

NOMBRE fabio gonzalez CÉDULA 1056 41, 781 FIRMA fabio gonzalez

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126. FIRMA Jose Jaimeth 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:: CHARALA

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	José J D M	CC	1049929127	Jose
2	Juan David Polo	CC	1128053690	Juan
3	Diego Carvajal	CC	1105614986	
4	Carlos Ramírez	CC	1102[illegible]	Carlos
5	Richar Sierra	CC	1003588889	
6	DIEGO VELASQUEZ	CC	7'724370	DIEGO VELASQUEZ

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro y Armado estructura de placa.

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

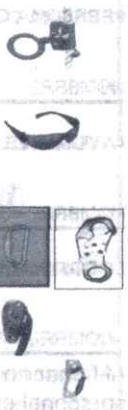
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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

RIFICACIÓN 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? → **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 Alberto CÉDULA 17.187758 FIRMA Alberto.

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

NOMBRE Juan David Polo CÉDULA 1128053690 FIRMA Juan David Polo

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramos CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Janeth 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: 23 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

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	Fabio Gonzalez	C.C.	1013411786	
2	HAROLD MARTINEZ	CC	1047434933	
3	Harold Rodriguez	CC	1007130164	
4	Amanda Luna	CC	1007834350	
5	JOSE Rodrigo	CC	1002 195 302	
6	Fray Diaz	CC	1007190321	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:
Hospital San Juan Bautista

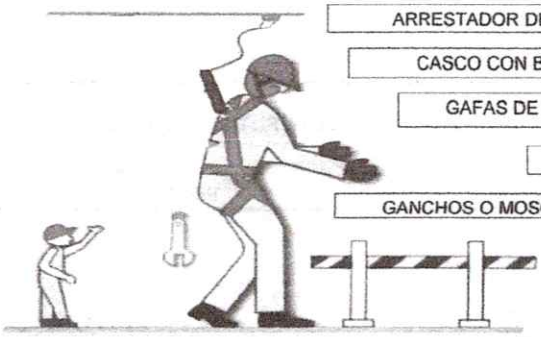
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:
Amarre de nicho y armado de estructura en placa

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		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 Albeiro CÉDULA 17.187.258 FIRMA Albeiro

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

NOMBRE fabio gonzalez CÉDULA 1052411786 FIRMA fabio gonzalez

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Jairo 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: 24 MES: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:00 Am CENTRAL/SEDE:: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 24 MES: 09 AÑO: 2026 Hora final: 16:00 pm CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Jhon gonzalez	C.C	1054111795	
2	Hugo Martinez	CC	1144934903	
3	Anibal Lara	CC	7697834358	
4	Jhoy David Mosquera	CC	1002190305	
5	Johnathan Mendoza	CC	1.050953.921	
6	Jose Romero	CC	1002148302	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

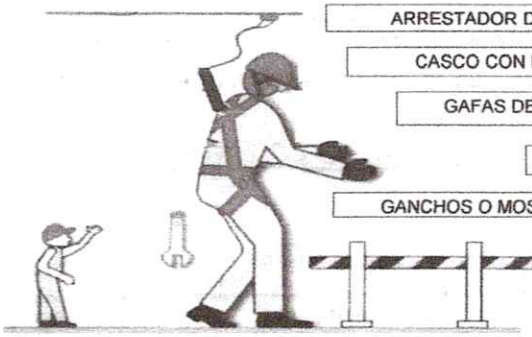
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de placa

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

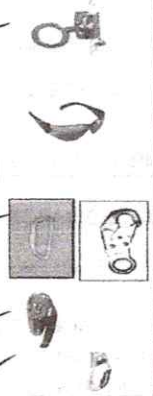
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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]	[ ]	[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 Albeiro CÉDULA 6187758 FIRMA Albeiro

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

NOMBRE Harold Marquez CÉDULA 1047934903 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Lirsy Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Lirsy 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: 04 AÑO: 2026 Hora inicio: 07:00 Am CENTRAL/SEDE:: Chapinero

VALIDO HASTA: DIA 24 MES: 04 AÑO: 2026 Hora final: 16:00 Pm CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Harold Rodriguez	CE	1087230769	
2	Sebastian Galindo	CC.	1164681947	
3	Carlos Ramirez	CC	1105615177	
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

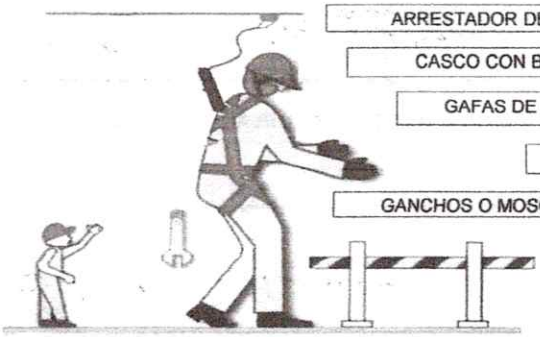
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de placa

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	[ ]	[ ]
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		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?	[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 Albeiro CÉDULA 16187758 FIRMA Albeiro

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

NOMBRE Carlos Garcia CÉDULA 1103675777 FIRMA Carlos Garcia

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Lizy Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Lizy 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: 2026 Hora inicio: 07:00 Am CENTRAL/SEDE: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 25 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	Carlos Ramírez	CC	1102 641 748	
2	DIEGO VALENCIA	CC	7729770	DIEGO VALENCIA
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

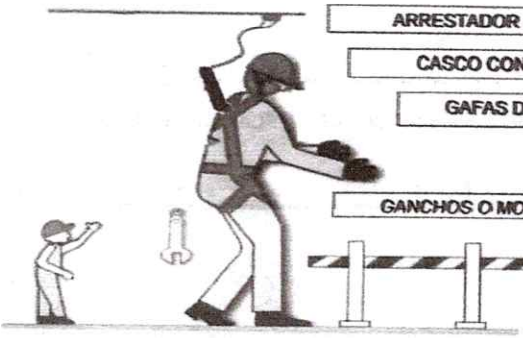
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en placa

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

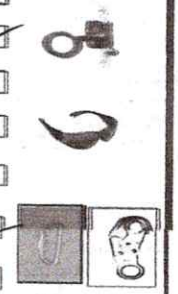
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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		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?	[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? ~~☐~~ **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 Albeiro CÉDULA 16.187258 FIRMA Albeiro.

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

NOMBRE Carlos Duran CÉDULA 7107645 Tol. FIRMA Carlos Duran

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Liray Janeth Ramirez CÉDULA 65.828126 FIRMA Liray 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: 2026 Hora inicio: 07:00 Pm CENTRAL/SEDE:: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 25 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	Harold Martinez	CC	1044954903	
2	Harold Rodriguez	CC	1007230969	
3	Fray David Rodriguez	CC	1002190315	
4	Jose Romero	CC	1007195307	
5	Fabio Gonzalez	C.C.	1056411736	
6	Richard Sierra Barr	CC	1003616820	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

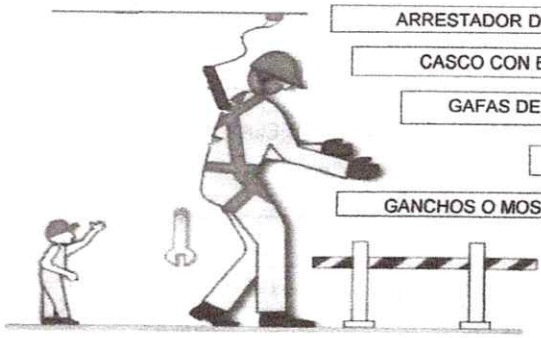
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Anclaje de hierro en placa.

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

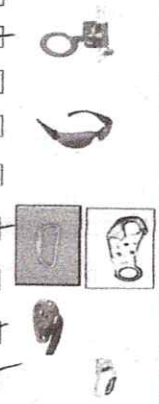
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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, 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? ☐ **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 Alberto CÉDULA 16.188758 FIRMA Alberto.

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

NOMBRE HAROLD MARTINEZ CÉDULA 1047934902 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Liby Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Liby 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: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 26 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 14:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Fabio gonzalez	C.C	1056114736	
2	HAROLD MARTINEZ	CC	1094459973	
3	Ricardo Calderon	C.	1056114650	
4	Fidel Rodriguez	CC	1007230369	
5	Oscar Olaya	CC	1054[illegible]	
6	Kevin ESTRADA	CC	1014146156	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

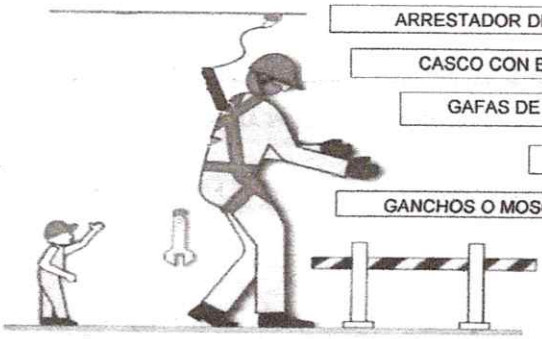
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de placa y anclaje de hierro

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

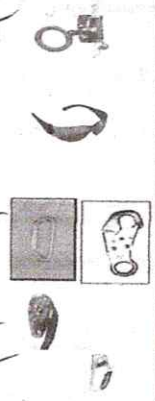
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Eslinga 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 Alberto Vargas CÉDULA 16187178 FIRMA Alberto

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

NOMBRE Jose Moreno CÉDULA 16077362 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Liray Janeth Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Liray 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**