INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA

CONSORCIO EQUIGRAVA

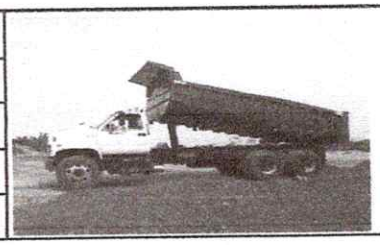
Proyecto:

Semana del 07/9/26 **al** 13/09/26

Frente de obra:

Tipo de vehiculo / equipo: VOLQUETA

Serie Numero:



Nombre Conductor: DEIBER RATIVA HURTADO.

Estado de ánimo: Bueno (B) Regular (R) Malo (M)

DIAS	7	8	9	10	11	12	13	
Horometro / Km de inicio								
Horometro / Km final:								
Combustible y tanqueado								
Estado ánimo operador / conductor	B	B	B	B	B	B	B	

ITEM	DESCRIPCION	LUN B	LUN M	MAR B	MAR M	MIÉ B	MIÉ M	JUE B	JUE M	VIE B	VIE M	SÁB B	SÁB M	DOM B	DOM M	OBSERVACIONES
LUCES	De Trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Direccionales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Stop	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Exploradoras															NO TIENE
CABINA	Indicadores (refrigerante, amperímetro, presión aceite -motor, velocímetro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Extintor de incendios 20 Lbs PQS	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Botiquín (Alcohol, gasas, algodón, curitas, agua oxigenada, isodine, alka seltser, sal de frutas, milanta, acetaminofen, gotas oticas, vendas, visina)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Puertas (vidrios, seguros, manijas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Asiento en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Vidrio panorámico en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Limpiavidrios	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Espejos laterales															NO APLICA
	Espejo central															NO TIENE
	Equipo de carretera completo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Palancas de mando (sencilla y doble si aplica)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Frenos (de emergencia y servicio)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Dirección (sin juegos, ruido, etc)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Seguro de la compuerta de tolva)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Mando de levante del platón	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Gatos (cilindro de levante de tolva)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Comportamiento del motor (fugas, ruidos, raros, aseo)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Batería (niveles,bornes,cables, tapa)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Tanque de combustible (tapa,fugas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Cadena del cardán	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
LLANTAS	Delanteras (Estado físico no lisas, sin cortaduras profundas, sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Traseras (Estado físico no lisas, sin cortaduras profundas, sin abultamientos)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Llanta de repuesto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES:

Nombre conductor: Deiber Rativa Hurtado — Licencia de Conducción: 1004037118

Placa: FOI 03H — Marca: INTERNATIONAL — Modelo: 2022

SOAT(Vence): 29/11/2026 — Poliza(Vence):

Revisión Técnico mecánica: (Vence) 28/04/2027

Deiber Rativa Hurtado.	Jorge A Cascabillo Roretth	Jose Donath Ramirez
FIRMA CONDUCTOR	NOMBRE ENCARGADO MAQUINARIA	ENTERADO SISO / SISOMA

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION PREOPERACIONAL VOLQUETA



Proyecto:

Semana del 14/9/26 **al** 20/9/26

Frente de obra:

Tipo de vehiculo / equipo: VOLQUETA

Serie Numero:

Nombre Conductor: DEIBER RATIVA HURTADO

Estado de ánimo: Bueno (B) Regular (R) Malo (M)

DIAS	14	15	16	17	18	19	20
Horometro / Km de inicio							
Horometro / Km final:							
Combustible y tanqueado							
Estado ánimo operador / conductor	B	B	B	B	B	B	B

ITEM	DESCRIPCION	LUN B	LUN M	MAR B	MAR M	MIÉ B	MIÉ M	JUE B	JUE M	VIE B	VIE M	SÁB B	SÁB M	DOM B	DOM M	OBSERVACIONES
LUCES	De Trabajo delanteras	/		-		/		/		/		/		-		
	Direccionales	-		/		/		/		/		/		/		
	De trabajo traseras	/		/		/		/		/		/		-		
	Stop	/		/		/		/		/		/		/		
	Exploradoras															NO TIENE.
CABINA	Indicadores (refrigerante, amperímetro, presión aceite -motor, velocímetro)	/		/		/		/		/		/		/		
	Cinturón de seguridad	/		/		/		/		/		/		/		
	Extintor de incendios 20 Lbs PQS	/		/		/		/		/		/		/		
	Botiquín (Alcohol, gasas, algodón, curitas, agua oxigenada, isodine, alka seltser, sal de frutas, milanta, acetaminofen, gotas oticas, vendas, visina)	/		/		/		/		/		/		/		
	Puertas (vidrios, seguros, manijas)	/		/		/		/		/		/		/		
	Asiento en buen estado	/		/		/		/		/		/		/		
	Vidrio panorámico en buen estado	/		/		/		/		/		/		/		
	Limpiavidrios	/		/		/		/		/		/		/		
	Alarma de retroceso	/		/		/		/		/		/		/		
	Pito	/		/		/		/		/		/		/		
	Espejos laterales	/		/		/		/		/		/		/		
	Espejo central			.								.				NO APLICA
	Equipo de carretera completo	/		/												No tiene
	Palancas de mando (sencilla y doble si aplica)	/		/		/		/		/		/		/		
	Frenos (de emergencia y servicio)	/		/		/		/		/		/		/		
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidráulicas	/		/		/		/		/		/		/		
	Dirección (sin juegos, ruido, etc)	/		/		/		/		/		/		/		
	Seguro de la compuerta de tolva)	/		/		/		/		/		/		/		
	Mando de levante del platón	/		/		/		/		/		/		/		
	Gatos (cilindro de levante de tolva)	/		/		/		/		/		/		/		
	Comportamiento del motor (fugas, ruidos, raros, asco)	/		/		/		/		/		/		/		
	Batería (niveles,bornes,cables, tapa)	/		/		/		/		/		/		/		
	Tanque de combustible (tapa,fugas)	/		/		/		/		/		/		/		
	Cadena del cardán	/		/		/		/		/		/		/		
LLANTAS	Delanteras (Estado físico no lisas, sin cortaduras profundas, sin abultamientos)	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras (Estado físico no lisas, sin cortaduras profundas, sin abultamientos)	/		/		/		/		/		/		/		
	Llanta de repuesto	/		/		/		/		/		/		/		

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES :

Nombre conductor: Deiber Rativa Hurtado — Licencia de Conducción: 1004039118

Placa: KOL 034 — Marca: INTERNATIONAL — Modelo: 2022

SOAT(Vence): 29/11/2026 — Poliza(Vence):

Revisión Técnico mecánica: (Vence) 28/4/2027

Deiber Rativa Hurtado	Jorge A Caballero Roretth	Jhon Jonatan Ramirez
FIRMA CONDUCTOR	NOMBRE ENCARGADO MAQUINARIA	ENTERADO SISO / SISOMA

CONSORCIO EQUIGRAVA	INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA	CÓDIGO: FOR-015-SST
		VERSION : 1
	SEGURIDAD Y SALUD TRABAJO	FECHA: 15/11/2025

Modelo:	2024	Marca:	CASE
Nombre del Operador:	Wilder Andres Serrato	FECHA: DEL	07/09/2026 AL 13/09/2026

	DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	De trabajo delanteras (altas/bajas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Direccionales delanteras parqueo/giro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Direccionales traseras de parqueo/giro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	De stop y señal trasera	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
CABINA	Protección antivuelco (R.O.P.S) certificada	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Extintor de incendio (10 lbs PQS)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Botiquin	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Asiento en buen estado (dispositivo de giro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horometro-corriente- aceite motor)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Control ingreso humo (tubo de escape)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Escaleras y apoyos de acceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Palancas de mando en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Pedales en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de pasadores (Bastidor, Desgarrador)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de pasadores (brazo/balde)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Gatos estabilizadores en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Mecanismo de giro (brazo excavador)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Orugas tensionadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Corona de tornamesa en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Función hidráulica en buen funcionamiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Freno de servicio en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Freno de emergencia en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado general (desgarrador/balde)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Mandos de levante del brazo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Gatos hidráulicos en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Mangueras de agua y de alta presión	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Compartimiento del motor aseado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
LLANTAS	En buen estado, sin abultamientos, cortadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Huellas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
OTROS	Balde y gancho original y Buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Responsable de la Inspección:		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	

Punto crítico que inhabilita el equipo para operar.

Fuera de servicio: SÍ ☐ NO ☒	Fecha de Corrección:

[signature]
Operador de la Maquinaria

[signature]
Responsable de la Revisión

CONSORCIO EQUIGRAVA	INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA	CÓDIGO: FOR-015-SST
		VERSION : 1
	SEGURIDAD Y SALUD TRABAJO	FECHA: 15/11/2025

Modelo:	2026	Marca:	CASE
Nombre del Operador:	Wilder Andres Serrato	FECHA: DEL 14/09/2026 AL 20/09/2026	

DESCRIPCIÓN		LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	De trabajo delanteras (altas/bajas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	De trabajo delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Direccionales delanteras parqueo/giro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Direccionales traseras de parqueo/giro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	De stop y señal trasera	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	De trabajo traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
CABINA	Protección antivuelco (R.O.P.S) certificada	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Extintor de incendio (10 lbs PQS)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Botiquin	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Asiento en buen estado (dispositivo de giro)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horometro-corriente- aceite motor)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Control ingreso humo (tubo de escape)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Escaleras y apoyos de acceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Espejo central convexo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Palancas de mando en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Pedales en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO MECÁNICO	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de pasadores (Bastidor, Desgarrador)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de pasadores (brazo/balde)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Gatos estabilizadores en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Mecanismo de giro (brazo excavador)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Orugas tensionadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Corona de tornamesa en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Función hidráulica en buen funcionamiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Freno de servicio en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Freno de emergencia en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado general (desgarrador/balde)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Mandos de levante del brazo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Gatos hidráulicos en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Mangueras de agua y de alta presión	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Compartimiento del motor aseado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
LLANTAS	En buen estado, sin abultamientos, cortadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Huellas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
OTROS	Balde y gancho original y Buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Responsable de la Inspección:		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	

Punto crítico que inhabilita el equipo para operar.

Fuera de servicio: SÍ ☐ NO ☒	Fecha de Corrección:

Wilder Andres Serrato
Operador de la Maquinaria

[signature]
Responsable de la Revisión

CONSORCIO
EQUIGRAVA

FORMATO INSPECCION PREOPERACIONAL
RETROEXCAVADORA DE ORUGA

EQUIPO: RETROEXCAVADORA ORUGA
UBICACIÓN N1-PORTAL 315 SEMANA DEL 07/09/2026 AL 13/09/2026

B = BUENO M = MALO N.A = NO APLICA

ITEM	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
LUCES	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA
1 DE TRABAJO DELANTERAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
2 DE TRABAJO TRACERAS			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
CABINA																					
3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES																					
4 CINTURÓN DE SEGURIDAD 3P																					
5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
6 ESTADO DEL ASIENTO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
7 ESTADO VIDRIO PANORÁMICO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
8 INDICADOR DE REFRIGERANTE	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
9 INDICADOR HIDRÁULICO																					
10 HORÓMETRO																					
11 INDICADOR CORRIENTE	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
13 ESTADO DEL EXOSTO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
14 ALARMA DE RETROCESO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
16 BATERÍAS Y CABLES	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO																					
17 FUGAS HIDRÁULICAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
18 ESTADO DE PASADORES	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
19 ESTADO DE LAS ORUGAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
21 CORONA DE TORNAMESA	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
22 MANDOS DE AVANCE	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
24 ESTADO GENERAL DEL BALDE	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
26 MANDO DE GIRO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRÁULICOS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
28 ESTADO DE ASEO GENERAL	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29 ESTADO DE LA MANGUERAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30 ESTADO DE LAS ZAPATAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32 RODILLOS INFERIORES	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
33 RODILLOS SUPERIORES	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		

NOMBRES	FIRMAS						
OPERADOR	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]
COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]

OBSERVACIONES FUERA DE SERVICIO SI ☐ NO ☒

CONSORCIO
EQUIGRAVA

FORMATO INSPECCION PREOPERACIONAL
RETROEXCAVADORA DE ORUGA

EQUIPO: Retro excavadora oruga.
UBICACIÓN Nuevo Mpio. Hoz. 318 SEMANA DEL 14/09/2026 AL 20/09/2026

B = BUENO M = MALO N.A = NO APLICA

ITEM	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
LUCES	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA
1 DE TRABAJO DELANTERAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
2 DE TRABAJO TRACERAS			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
CABINA																					
3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES																					
4 CINTURÓN DE SEGURIDAD 3P																					
5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
6 ESTADO DEL ASIENTO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
7 ESTADO VIDRIO PANORÁMICO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
8 INDICADOR DE REFRIGERANTE	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
9 INDICADOR HIDRÁULICO																					
10 HORÓMETRO																					
11 INDICADOR CORRIENTE	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
13 ESTADO DEL EXOSTO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
14 ALARMA DE RETROCESO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
16 BATERÍAS Y CABLES	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO																					
17 FUGAS HIDRÁULICAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
18 ESTADO DE PASADORES	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
19 ESTADO DE LAS ORUGAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
21 CORONA DE TORNAMESA	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
22 MANDOS DE AVANCE	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
24 ESTADO GENERAL DEL BALDE	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
26 MANDO DE GIRO	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRÁULICOS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
28 ESTADO DE ASEO GENERAL	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29 ESTADO DE LA MANGUERAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30 ESTADO DE LAS ZAPATAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32 RODILLOS INFERIORES	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
33 RODILLOS SUPERIORES	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		

NOMBRES	FIRMAS						
OPERADOR	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]
COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]

OBSERVACIONES FUERA DE SERVICIO SI ☐ NO ☒

GAU-PN-23-FR-07 VERSION 3 21-06-2020

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION DE PREUSO PARA MINICARGADOR (BOBCAT)

CÓDIGO	SST.FO.61
VERSIÓN	1
FECHA	03ENE2026

FECHA DESDE 7 HASTA 13 DE Septiembre MARCA CASE MODELO SR 210B

OPERADOR Deiver Ortiva UBICACIÓN Nuevo Hosp. Hospital Santa Barbara

ITEM	CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIERC			JUEVES			VIERNES			SABADO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	De trabajo delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	De trabajo traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Direccionales delanteras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Direccionales traceras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	De estop y señal tracera	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
CABINA	Horometro inicial:																		
	Horometro final:																		
	Cabina Antivuelco (R.O.P.S)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cinturón de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Extintor de incendio 20 PQS			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Indicadores (Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, aceite -motor, combustible)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Alarma de Retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escaleras y apoyos de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Espejo Retrovisor central (convexo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de pedales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de mandos manuales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO	*** Control de fugas hidráulicas**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de cilindros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Llantas en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mecanismo de viraje	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Dirección (Terminales, Bomba hidráulica)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Motor (Fugas, Ruidos anormales, Limpieza)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pasadores y tornillos en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Bateria (Cables bornes, Niveles)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Frenos (De servicio, De parqueo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Resguardos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
INSPECCION EN EL LUGAR DE TRABAJO	Desniveles o agujeros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Golpes y obstáculos del suelo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escombros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Lineas electricas energizadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Peatones/Tránsito de vehículos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Condiciones de viento y tiempo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
GENERAL	Limpieza	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Manual de instrucciones del fabricante	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Letreros/Advertencias/Etiquetas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cosas Variadas - Suelta(s)Falta(n)Rota(s)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		

FIRMA DE OPERADOR Deiver Ortiva Deiver Ortiva Deiver Ortiva Deiver Ortiva Deiver Ortiva Deiver Ortiva

OBSERVACIONES:

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION DE PREUSO PARA MINICARGADOR (BOBCAT)

CÓDIGO	SST.FO.61
VERSIÓN	1
FECHA	03ENE2026

FECHA DESDE 14 HASTA 20 DE 2026 MARCA CASE MODELO SR210B

OPERADOR DEIBER BATIVA ALVARADO UBICACIÓN NUEV. PAT. HOSPITAL SANTA BARBARA

ITEM	CRITERIOS	LUNES B	LUNES M	LUNES N/A	MARTES B	MARTES M	MARTES N/A	MIERC B	MIERC M	MIERC N/A	JUEVES B	JUEVES M	JUEVES N/A	VIERNES B	VIERNES M	VIERNES N/A	SABADO B	SABADO M	SABADO N/A
LUCES	De trabajo delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	De trabajo traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Direccionales delanteras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Direccionales traceras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	De estop y señal tracera	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
CABINA	Horometro inicial:																		
	Horometro final:																		
	Cabina Antivuelco (R.O.P.S)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cinturón de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Extintor de incendio 20 PQS			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Indicadores (Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, aceite -motor, combustible)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Alarma de Retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escaleras y apoyos de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Espejo Retrovisor central (convexo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de pedales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de mandos manuales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO	*** Control de fugas hidráulicas**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de cilindros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Llantas en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mecanismo de viraje	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Dirección (Terminales, Bomba hidráulica)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Motor (Fugas, Ruidos anormales, Limpieza)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pasadores y tornillos en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Bateria (Cables bornes, Niveles)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Frenos (De servicio, De parqueo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Resguardos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
INSPECCION EN EL LUGAR DE TRABAJO	Desniveles o agujeros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Golpes y obstáculos del suelo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escombros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Lineas electricas energizadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Peatones/Tránsito de vehiculos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Condiciones de viento y tiempo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
GENERAL	Limpieza	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Manual de instrucciones del fabricante	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Letreros/Advertencias/Etiquetas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cosas Variadas - Suelta(s)Falta(n)Rota(s)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		

FIRMA DE OPERADOR Deiber Bativa

OBSERVACIONES:

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION DE PREUSO PARA MINICARGADOR (BOBCAT)

CÓDIGO	SST.FO.61
VERSIÓN	1
FECHA	03ENE2026

FECHA DESDE 21 HASTA 28 DE SET- MARCA CASE MODELO SR 250B

OPERADOR Yimmy Morales UBICACIÓN Nuevo Proyecto Hospital SJB.

ITEM	CRITERIOS	LUNES B	LUNES M	LUNES N/A	MARTES B	MARTES M	MARTES N/A	MIERC B	MIERC M	MIERC N/A	JUEVES B	JUEVES M	JUEVES N/A	VIERNES B	VIERNES M	VIERNES N/A	SABADO B	SABADO M	SABADO N/A
LUCES	De trabajo delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	De trabajo traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Direccionales delanteras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Direccionales traceras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	De estop y señal tracera	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
CABINA	Horometro inicial:																		
	Horometro final:																		
	Cabina Antivuelco (R.O.P.S)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cinturón de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Extintor de incendio 20 PQS			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Indicadores (Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, aceite -motor, combustible)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Alarma de Retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escaleras y apoyos de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Espejo Retrovisor central (convexo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de pedales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de mandos manuales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO	*** Control de fugas hidráulicas**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de cilindros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Llantas en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mecanismo de viraje	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Dirección (Terminales, Bomba hidráulica)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Motor (Fugas, Ruidos anormales, Limpieza)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pasadores y tornillos en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Bateria (Cables bornes, Niveles)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Frenos (De servicio, De parqueo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Resguardos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
INSPECCION EN EL LUGAR DE TRABAJO	Desniveles o agujeros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Golpes y obstáculos del suelo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escombros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Lineas electricas energizadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Peatones/Tránsito de vehiculos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Condiciones de viento y tiempo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
GENERAL	Limpieza	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Manual de instrucciones del fabricante	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Letreros/Advertencias/Etiquetas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cosas Variadas - Suelta(s)Falta(n)Rota(s)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
FIRMA DE OPERADOR																			

OBSERVACIONES:

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION DE PREUSO PARA VIBROCOMPACTADOR

CÓDIGO	SST.FO.63
VERSIÓN	1
FECHA	03ENE2026

FECHA DESDE 07 AL 13 SEPT HASTA MARCA BOMAG MODELO CT260

OPERADOR ABRAHAM HENRIQUEZ UBICACIÓN VIA EL PAY - HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA

ITEM	CRITERIOS	LUNES B	LUNES M	LUNES N/A	MARTES B	MARTES M	MARTES N/A	MIERC B	MIERC M	MIERC N/A	JUEVES B	JUEVES M	JUEVES N/A	VIERNES B	VIERNES M	VIERNES N/A	SABADO B	SABADO M	SABADO N/A
LUCES	De trabajo delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	De trabajo traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Direccionales delanteras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Direccionales traceras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	De estop y señal tracera			✓			✓			✓			✓			✓			✓
CABINA	Horometro inicial:																		
	Horometro final:																✓		
	Cinturón de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Extintor de incendio 20 PQS	✓		✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Indicadores (Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, aceite - motor, combustible)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Alarma de Retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escaleras y apoyos de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Espejo Retrovisor central (convexo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de pedales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de mandos manuales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO	*** Nivel de combustible**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Correas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Vidrios cabina	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	***Mandos de dirección**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Adelante y atrás	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pasadores	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Rodillos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Guayas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	*** Palanca vibratoria**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	*** Guardas**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Filtro de aire	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Filtro de combustible	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno principal	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Tanque de agua	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Nivel hidraulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Llave paso de agua	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Exoto	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Suiche	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Arranque	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Acelerador de mano	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Soportes radiador	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Poleas de retención	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Batería	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
INSPECCION EN EL LUGAR DE TRABAJO	Desniveles o agujeros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Golpes y obstáculos del suelo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escombros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Lineas electricas energizadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Peatones/Tránsito de vehículos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Condiciones de viento y tiempo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
GENERAL	Limpieza	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Manual de instrucciones del fabricante	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Letreros/Advertencias/Etiquetas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cosas Variadas - Suelta(s)Falta(n)Rota(s)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		

FIRMA DE OPERADOR Abraham H | Abraham H | Abraham H | Abraham H | Abraham H | Abraham H

OBSERVACIONES:

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION DE PREUSO PARA VIBROCOMPACTADOR

CÓDIGO	SST.FO.63
VERSIÓN	1
FECHA	03ENE2026

14 AL 20 SEPT. 2026

FECHA DESDE HASTA MARCA BOMAG MODELO CT260

OPERADOR UBICACIÓN NUEVO PUNTO - Hospital San Juan Bautista

ITEM	CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIERC			JUEVES			VIERNES			SABADO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	De trabajo delanteras	✗			✓			✓			✓			✓			✓		
	De trabajo traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Direccionales delanteras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Direccionales traceras parqueo/giro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	De estop y señal tracera			✓			✓			✓			✓			✓			✓
CABINA	Horometro inicial:																		
	Horometro final:				✓														
	Cinturón de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Extintor de incendio 20 PQS			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Indicadores (Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, aceite - motor, combustible)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Alarma de Retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escaleras y apoyos de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Espejo Retrovisor central (convexo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de pedales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de mandos manuales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO	*** Nivel de combustible**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Correas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Vidrios cabina	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	***Mandos de dirección**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Adelante y atrás	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pasadores	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Rodillos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Guayas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	*** Palanca vibratoria**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	*** Guardas**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Filtro de aire	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Filtro de combustible	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno principal	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Tanque de agua	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Nivel hidraulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Llave paso de agua	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Exoto	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Suiche	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Arranque	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Acelerador de mano	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Soportes radiador	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Poleas de retención	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Bateria	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
INSPECCION EN EL LUGAR DE TRABAJO	Desniveles o agujeros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Golpes y obstáculos del suelo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escombros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Lineas electricas energizadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Peatones/Tránsito de vehiculos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Condiciones de viento y tiempo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
GENERAL	Limpieza	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Manual de instrucciones del fabricante	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Letreros/Advertencias/Etiquetas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cosas Variadas - Suelta(s)Falta(n)Rota(s)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
FIRMA DE OPERADOR																			

OBSERVACIONES:

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION DE PREUSO PARA VIBROCOMPACTADOR

CÓDIGO	SST.FO.63
VERSIÓN	1
FECHA	03ENE2026

FECHA DESDE 23 AL 29 SEPT. 2026 HASTA MARCA FUNYA MODELO CT260

OPERADOR ABRAHAM HENRIQUEZ UBICACIÓN NUEVO PROYECTO HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA

ITEM	CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIERC			JUEVES			VIERNES			SABADO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	De trabajo delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	De trabajo traseras	✓			✓						✓			✓			✓		
	Direccionales delanteras parqueo/giro			✓	✓					✓			✓			✓			✓
	Direccionales traceras parqueo/giro			✓	✓					✓			✓			✓			✓
	De estop y señal tracera			✓	✓					✓			✓			✓			✓
CABINA	Horometro inicial:																		
	Horometro final:																		
	Cinturón de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Extintor de incendio 20 PQS			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Indicadores (Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, aceite - motor, combustible)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Alarma de Retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escaleras y apoyos de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Espejo Retrovisor central (convexo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de pedales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de mandos manuales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO	*** Nivel de combustible**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Correas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Vidrios cabina	✓			-			✓			✓			✓			✓		
	***Mandos de dirección**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Adelante y atrás	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pasadores	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Rodillos	✓			✓			-			✓			✓			✓		
	Guayas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	*** Palanca vibratoria**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	*** Guardas**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Filtro de aire	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Filtro de combustible	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno principal	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Tanque de agua	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Nivel hidraulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Llave paso de agua	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Exoto	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Suiche	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Arranque	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Acelerador de mano	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Soportes radiador	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Poleas de retención	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Bateria	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
INSPECCION EN EL LUGAR DE TRABAJO	Desniveles o agujeros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Golpes y obstáculos del suelo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escombros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Lineas electricas energizadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Peatones/Tránsito de vehiculos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Condiciones de viento y tiempo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
GENERAL	Limpieza	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Manual de instrucciones del fabricante	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Letreros/Advertencias/Etiquetas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cosas Variadas - Suelta(s)Falta(n)Rota(s)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
FIRMA DE OPERADOR		Abraham H			Abraham H			Abraham H			Abraham H			Abraham H			Abraham H		

OBSERVACIONES:

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION DE PREUSO PARA CARMIX

CÓDIGO	SST.FO.65
VERSIÓN	1
FECHA	03ENE2026

01 AL 13 SEPT.

FECHA DESDE HASTA MARCA Fiat MODELO DBX 35

OPERADOR Jose Edwin UBICACIÓN Mun. Piny. Hospital San Juan Bautista

ITEM	CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIERC			JUEVES			VIERNES			SABADO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	De trabajo delanteras	/			/			/			/			/			/		
	De trabajo traseras	/			/			/			/			/			/		
	Direccionales delanteras parqueo/giro	/			/			/			/			/			/		
	Direccionales traceras parqueo/giro	/			/			/			/			/			/		
	De estop y señal tracera	/			/			/			/			/			/		
CABINA	Horometro inicial:																		
	Horometro final:																		
	Cinturòn de seguridad	/			/			/			/			/			/		
	Extintor de incendio 20 PQS	/			/			/			/			/			/		
	Asiento en buen estado	/			/			/			/			/			/		
	Mandos de avance	/			/			/			/			/			/		
	Indicadores (Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, aceite - motor, combustible)	/			/			/			/			/			/		
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	/			/			/			/			/			/		
	Alarma de Retroceso	/			/			/			/			/			/		
	Pito	/			/			/			/			/			/		
	Escaleras y apoyos de acceso	/			/			/			/			/			/		
	Espejo Retrovisor central (convexo)	/			/			/			/			/			/		
	Estado de pedales	/			/			/			/			/			/		
	Estado de mandos manuales	/			/			/			/			/			/		
ESTADO MECÁNICO	*** Nivel de combustible**	/			/			/			/			/			/		
	Correas	/			/			/			/			/			/		
	Vidrios cabina	/			/			/			/			/			/		
	***Mandos de dirección**	/			/			/			/			/			/		
	Adelante y atrás	/			/			/			/			/			/		
	Pasadores	/			/			/			/			/			/		
	Rodillos	/			/			/			/			/			/		
	Guayas	/			/			/			/			/			/		
	*** Palanca vibratoria**	/			/			/			/			/			/		
	*** Guardas**	/			/			/			/			/			/		
	Filtro de aire	/			/			/			/			/			/		
	Filtro de combustible	/			/			/			/			/			/		
	Freno de seguridad	/			/			/			/			/			/		
	Freno principal	/			/			/			/			/			/		
	Tanque de agua	/			/			/			/			/			/		
	Nivel hidraulico	/			/			/			/			/			/		
	Llave paso de agua	/			/			/			/			/			/		
	Exoto	/			/			/			/			/			/		
	Suiche	/			/			/			/			/			/		
	Arranque	/			/			/			/			/			/		
	Acelerador de mano	/			/			/			/			/			/		
	Soportes radiador	/			/			/			/			/			/		
	Poleas de retención	/			/			/			/			/			/		
	Bateria	/			/			/			/			/			/		
INSPECCION EN EL LUGAR DE TRABAJO	Desniveles o agujeros	/			/			/			/			/			/		
	Golpes y obstáculos del suelo	/			/			/			/			/			/		
	Escombros	/			/			/			/			/			/		
	Lineas electricas energizadas			/			/			/			/			/			/
	Peatones/Tránsito de vehículos	/			/			/			/			/			/		
	Condiciones de viento y tiempo	/			/			/			/			/			/		
GENERAL	Limpieza	/			/			/			/			/			/		
	Manual de instrucciones del fabricante	/			/			/			/			/			/		
	Letreros/Advertencias/Etiquetas	/			/			/			/			/			/		
	Cosas Variadas - Suelta(s)Falta(n)Rota(s)	/			/			/			/			-			/		

FIRMA DE OPERADOR: José Edwin | José Edwin | José Edwin | José Edwin | José Edwin | José Edwin

OBSERVACIONES:

CONSORCIO EQUIGRAVA

INSPECCION DE PREUSO PARA CARMIX

CÓDIGO	SST.FO.65
VERSIÓN	1
FECHA	03ENE2026

14 AL 20 SEPTIEMBRE 2026

FECHA DESDE HASTA MARCA Fiat MODELO DBX 35

OPERADOR Jose Edwin UBICACIÓN Nuevo Proy. Hospital San Juan Bautista

ITEM	CRITERIOS	LUNES B	LUNES M	LUNES N/A	MARTES B	MARTES M	MARTES N/A	MIERC B	MIERC M	MIERC N/A	JUEVES B	JUEVES M	JUEVES N/A	VIERNES B	VIERNES M	VIERNES N/A	SABADO B	SABADO M	SABADO N/A
LUCES	De trabajo delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	De trabajo traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Direccionales delanteras parqueo/giro	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Direccionales traceras parqueo/giro	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	De estop y señal tracera	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
CABINA	Horometro inicial:																		
	Horometro final:																		
	Cinturón de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Extintor de incendio 20 PQS	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Indicadores (Hidraulico, refrigerante,motor, corriente, aceite - motor, combustible)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Control de ingreso de humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Alarma de Retroceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escaleras y apoyos de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Espejo Retrovisor central (convexo)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de pedales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estado de mandos manuales	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
ESTADO MECÁNICO	*** Nivel de combustible**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Correas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Vidrios cabina	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	***Mandos de dirección**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Adelante y atrás	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pasadores	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Rodillos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Guayas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	*** Palanca vibratoria**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	*** Guardas**	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Filtro de aire	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Filtro de combustible	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno principal	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Tanque de agua	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Nivel hidraulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Llave paso de agua	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Exoto	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Suiche	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Arranque	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Acelerador de mano	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Soportes radiador	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Poleas de retención	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Bateria	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
INSPECCION EN EL LUGAR DE TRABAJO	Desniveles o agujeros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Golpes y obstáculos del suelo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Escombros	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Lineas electricas energizadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Peatones/Tránsito de vehículos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Condiciones de viento y tiempo	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
GENERAL	Limpieza	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Manual de instrucciones del fabricante	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Letreros/Advertencias/Etiquetas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cosas Variadas - Suelta(s)Falta(n)Rota(s)	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
FIRMA DE OPERADOR		Jose Edwin			Jose Edwin			Jose Edwin			Jose Edwin			Jose Edwin			Jose Edwin		

OBSERVACIONES:

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 01 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 08:00 CENTRAL/SEDE: CHAPINERO

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	Juan fernando R	cc	1006500937	Juan Cardenas
2	Ricardo M	cc	73169979	Ricardo M
3	Edwar Rodriguez	cc	1005 851 325	Edwar R
4	Victor E Parra	cc	73007703	Victor Parra
5	LUIS FERNANDO RICO MORENO	cc	1085 [illegible]	LUIS FERNANDO
6	Nelfer Cortes M	cc	8'980938.	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

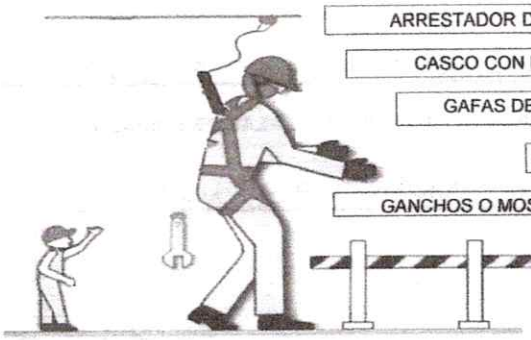
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de placa

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

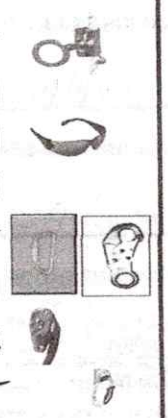
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[ ]	[ ]
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, evidencia

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? ☑ **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1102877244 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1102877244 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: 01 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 01 MES: 9 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	Nolmyolo LARA	C	1044933807	
2	Cesar Romero	CC	9102430	
3	Hugo Adiel Zapata	CC	1005173450	Hugo Adiel Zapata
4	[illegible]	C	14011587	
5	Adolfo Romero	C	73193667	ARC
6	Ernesto Lopez	C	93461871	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

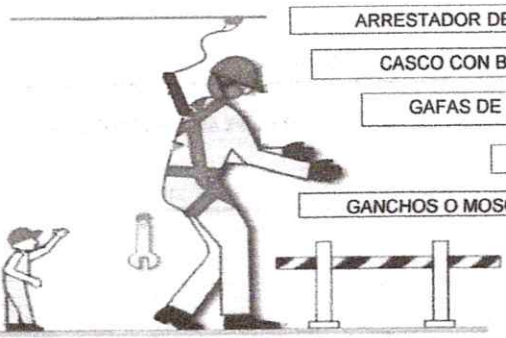
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de placa

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

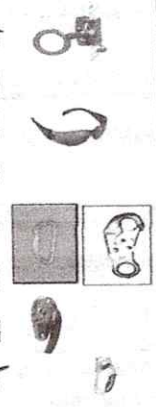
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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: 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? 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 Correa CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Herold Correa CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Liroy Janeth Ramirez CÉDULA 65-828126 FIRMA Liroy 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: 2 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

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	Alfonso Rodelo	CC	1401268 12	Alfonso R.
2	Engleberto Pájaro	CC	9153751	Emp
3	Jaime Alvarez	CC	3806475	
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

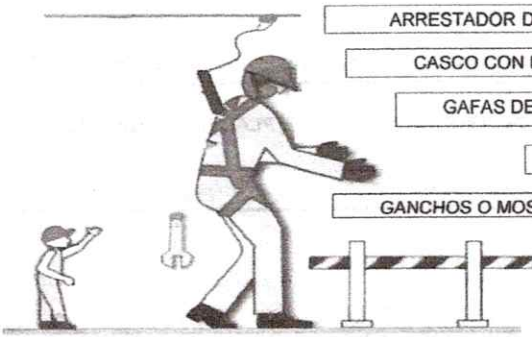
Fundida de columnas

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

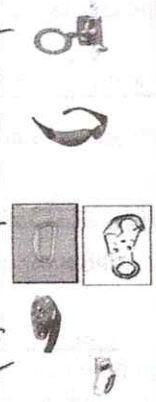
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[X]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta menor

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	☑	☐

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 1067721407 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carrera CÉDULA 1067721407 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramos CÉDULA 65828216 FIRMA Jhon Jonatan 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: 2 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHARRERA

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	Cristian Chamorro	CC	1047414876	
2	Nilson Alvarez C	CC	850462	Nilson A.C
3	Juan Fernando	CC	1085009337	Juan Cardenas
4	Ernesto Lopez	CC	93448714	
5	Ricardo M	CC	73169979	Ricardo M
6	Luis Gutierrez	CC	2655987	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

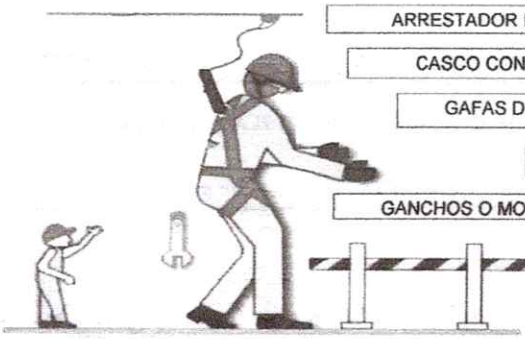
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de Columnas

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Andamio

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ____
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ____
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ____
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ____
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ____
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ____

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Correa CÉDULA [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Correa CÉDULA [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramos CÉDULA [illegible] FIRMA Jhon Jairo 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: 03 MES: 9 AÑO: 28 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHARRA

VALIDO HASTA: DIA: 03 MES: 9 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	Rolando LARA	C.C	1064993807	
2	Yilber Lopez	C.C	1111332708	
3	Nilson Alvarez Castro	C.C	8850462	
4	Juan Armando	C.C	1006500937	
5	Gilberto Gaitan VA	C.C	1002316544	
6	Ernesto LOPEZ	C.C.	93144714	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

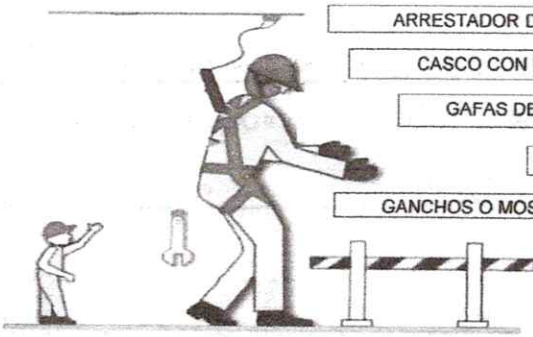
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armada de placa y amarre de hierro

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ____
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ____
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ____
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ____
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ____
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ____

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Cabrera CÉDULA 1067[illegible]4 FIRMA

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

NOMBRE Harold Cabrera CÉDULA 1067[illegible]4 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 6[illegible]6 FIRMA Jose 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: 03 MES: 09 AÑO: 2026 Hora inicio: Chaparral 7:00 Am CENTRAL/SEDE:: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 03 MES: 9 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	Victor M Parra	C-C	73007705	Victor Parra
2	Welfer Cortes H.	C-C	8'980938.	
3	JHON G Ramos	C-C	7557623	JHON
4	Adolfo Romero	C.C	73193667	ARC
5	Ricardo Noriega	C-C	73169979	Ricardo N
6	Einglberto Palomo	C-C	9157751	Enf

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

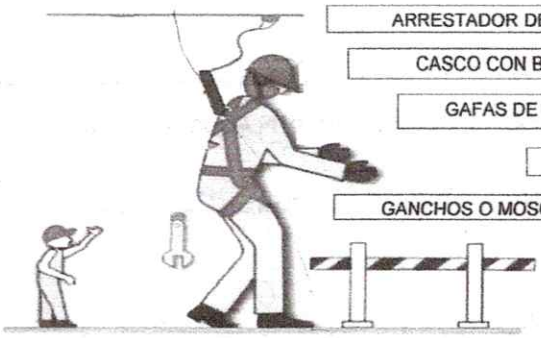
Armado de placa y amarre de hierro

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

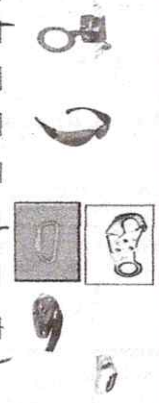
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: — NO: ___
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ___
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ___
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ___
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ___
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ___

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carrera CÉDULA 1068[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carrera CÉDULA 1068[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramon CÉDULA 6[illegible] FIRMA Jose Jonathan Ramon

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: 04 MES: 9 AÑO: 20 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 04 MES: 9 AÑO: 20 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Rolando CARA	ca	7694388 07	
2	Eingleberto Pajoy	ce	91537 51	
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

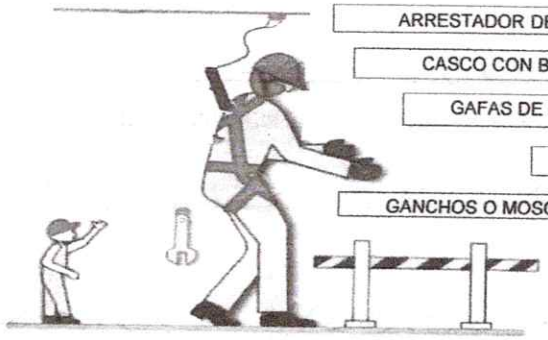
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cambio de luminarias

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

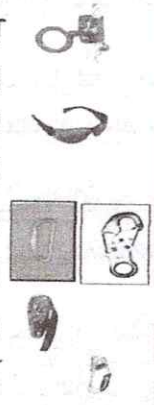
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
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 [illegible] CÉDULA [illegible] FIRMA [illegible]

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

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

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

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

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: 04 MES: 9 AÑO: 25 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 04 MES: 9 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°_____

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ricardo Marroquin	73	169979	Ricardo M
2	Wilson Alvarez Castro	8850462		Wilson A C
3	VICTOR M PARRA	73007705		VICTOR PARRA
4	Jaime Mejia	3806475	CC	Jaime
5	Adolfo Romero	73193667		ARC.
6	Euribiades Alba	1002365421		Euribiades

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

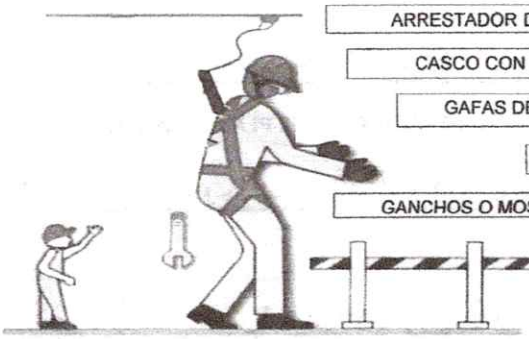
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

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

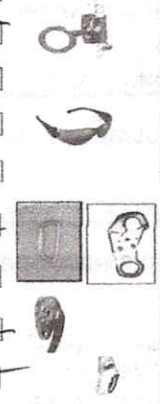
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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 menor

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, anclamos

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

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

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

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

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

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

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 04 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: Chaparral

VALIDO HASTA: DIA: 04 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Rolando Lara	CC	1064993807	Rolando
2	Victor M Parra	CC	93007705	Victor Parra
3	Voliber Lopez	CC	1111332708	
4	Jhon C Ramos	CC	73576231	JHON
5	Nelfer Cortes H.	CC	8'980938.	
6	[illegible]	CC	3806475	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

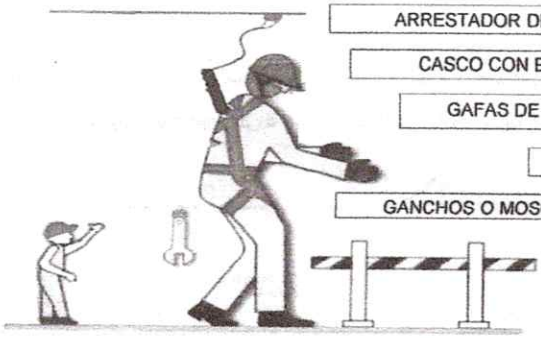
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fachada de columnas

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

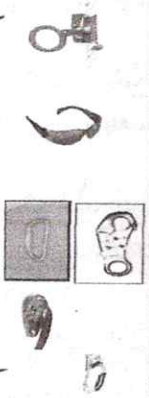
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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, Maximo

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA [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

Liroy Janeth Ramirez C 65-828.12 Liroy 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: 04 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: Charras 1

VALIDO HASTA: DIA: 4 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	Wilson Alvarez Castro	CC	8.850.462	Wilson A C
2	Expectación Gil	CC	93144871	
3	Adolfo Romero	CC	73193667	
4	Luis Fernando Rico	CC	1005 855 885	Luis Fernando
5	Hugo Adiel Zapata	CC	1005 473 450	Hugo Adiel Zapata
6	Carlos Alcira	CC	91.02 430	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

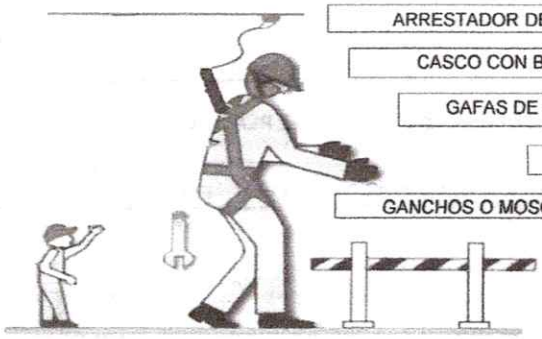
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

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

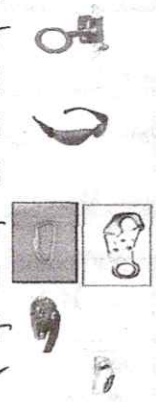
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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 Cortes CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Cortes CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Uroy Jancth Ramirez 65.828.126 Uroy 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: 5 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHARRERA

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Jarol Mauricio Montiel	cc	1193528065	Jarol Montiel
2	HAROLD CALLEJAS	CC	91.080.xxx	
3	Jose se 9 10	cc	7mo724o	Jose se 9 10
4	EDWAR LEAL	cc	16011845	EDWAR
5	/	/	/	/
6	/	/	/	/

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

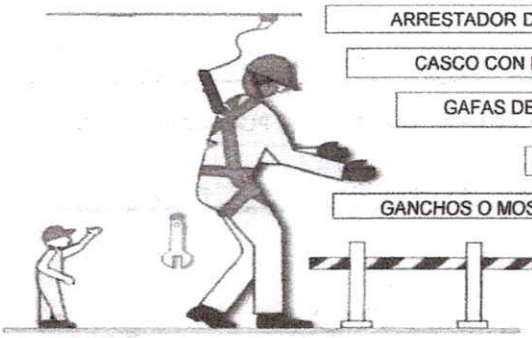
Cargue de material en placa.

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

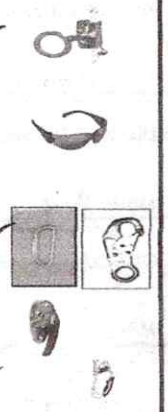
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

	SI	NO		SI	NO
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐	ASEGURADO EN LA BASE	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐	MÓDULOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
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 Herold Corrales CÉDULA 113677266 FIRMA

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

NOMBRE Herold Corrales CÉDULA 113677266 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 604280116 FIRMA Jose 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: 5 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHARRAS

VALIDO HASTA: DIA: 5 MES: 9 AÑO: 25 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Víctor M Parra	cc	73007705	Víctor Parra
2	Jaimes Alvarez	ce	3806475	
3	Rolando LARA	cc	1022993807	
4	Luz Enrique Vitola	CC	1003376140	
5	Cristian Camilo Tovar	cc	1004 650 621	Cristian Camilo Tovar
6	Andrés Romero	cc	1073684824	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

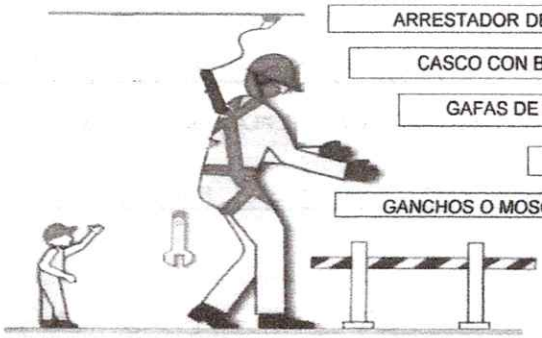
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columna

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

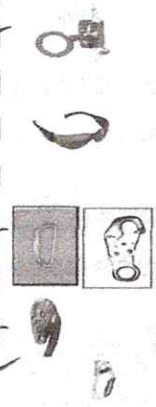
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Andamio

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Jasson Carrera CÉDULA 3-0777-0444 FIRMA

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

NOMBRE Hardy Carrera CÉDULA 3-0777-0444 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 6-382-816 FIRMA Jose 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: 5 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 5 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	JHON CAMILO B	CC	73576233	JHON
2	Juan Fernando	CC	1006500937	Juan Cardenas
3	Nilson Alvarez Castro	CC	8850 46C	NilsonAC
4	Ernesto Lopez	CC	93414874	
5	Adolfo Romero	CC	73193667	
6	Pedro Luis	CC	1128054322	PEDRO

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

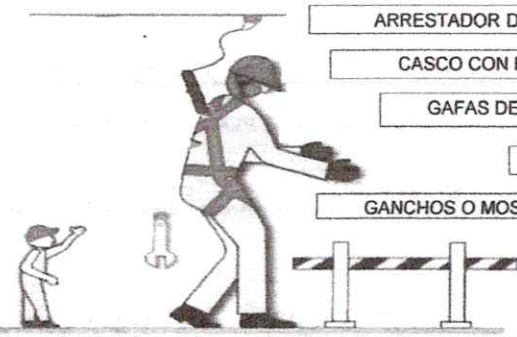
Armado de placa

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

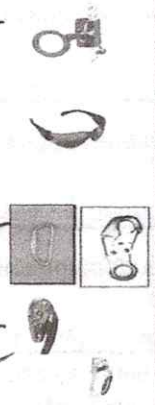
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ___
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ___
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ___
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ___
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ___
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ___

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Cortes CÉDULA 1067[illegible]4 FIRMA

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

NOMBRE Harold Cortes CÉDULA 1067[illegible]4 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Ivan Ramirez CÉDULA 6[illegible]6 FIRMA Ivan 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: 5 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

VALIDO HASTA: DIA: 5 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	Sebastian Galindo	CC	1006768197	Sebastian G.
2	Diego Carmona	CC	1056144956	
3	Yolibeth Lopez	CC	1113537708	
4	Enghelberto Lopez	CC	91537751	
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

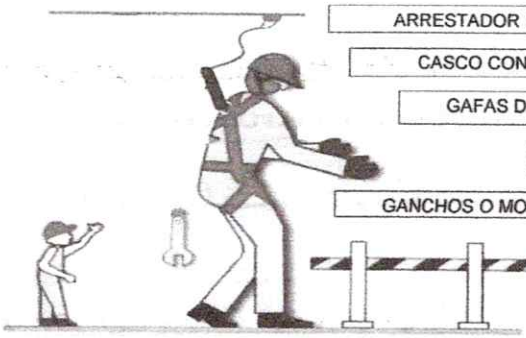
Anclaje de viga en placa.

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

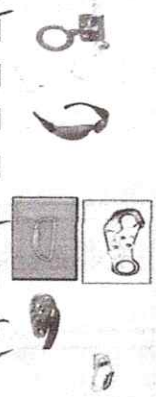
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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	[ ]	[ ]



	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 [illegible] CÉDULA [illegible] FIRMA [illegible]

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

NOMBRE Sebastian Galindo CÉDULA 1106681147 FIRMA Sebastian G.

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA [illegible] FIRMA Juan Daleth Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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	Brixton Ronne J	Ce	1047414876	
2	Rivaldo M	Ce	73169979	
3	Alberto Machado	Ce	16010167	
4	Ernesto Lopez	Ce	93456744	
5	Nelfer Cones H	Ce	8.980938	
6	Nilson Alvarez C	Ce	8.850.462	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

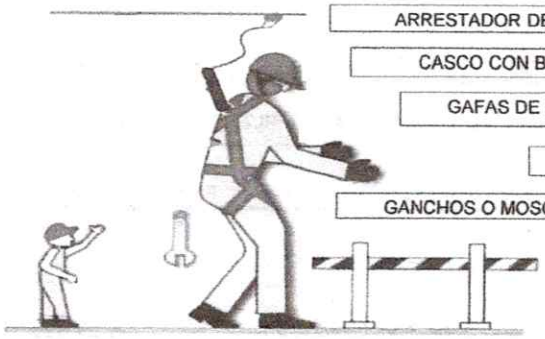
Amarre de hierro en placa

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

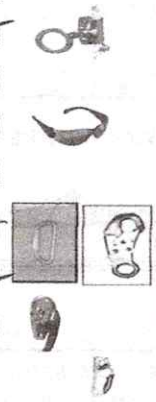
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓	NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓	NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓	NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓	NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓	NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓	NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 6382876 FIRMA Jose Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Kleiman ESTRADA	cc	1014116156	
2	Pedro Subiza	cc	1128054372	Pedro Luis
3	Adolfo Romero	cc	73193667	ARC.
4	Luis Fernando Nicomedes	cc	1005854834	Luis Fernando
5	Cesar Romero	cc	9102430	Cesar Romero
6	/	/	/	/

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

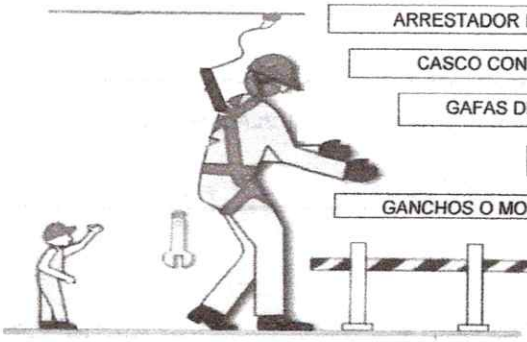
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en placa.

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

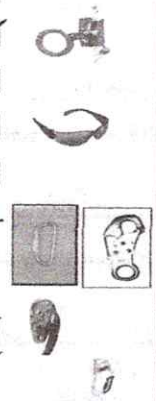
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, anclamos

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Roman CÉDULA 6[illegible] FIRMA Juan Jonathan Roman

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Jose Sepulveda	cc	74076270	Jose Sepulveda
2	Jhon Diaz	cc	7709420596	Jhon Deivith Diaz
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

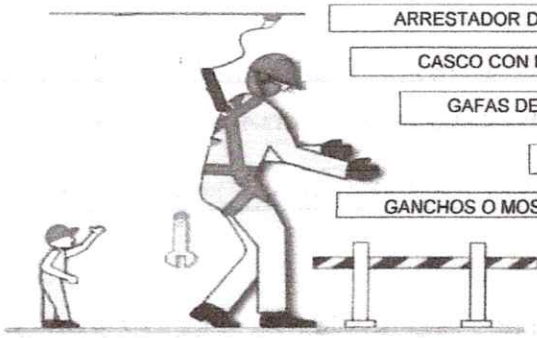
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de material en la placa.

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

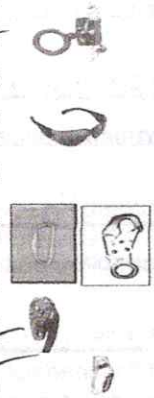
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	[ ]	[x]
ESLINGA	[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]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ___
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ___
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ___
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ___
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ___
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ___

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Correa CÉDULA 1061772474 FIRMA

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

NOMBRE Harold Correa CÉDULA 1061772474 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6578178 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: 30 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	EDWAR LEAL	1140118445		EDWAR
2	JHON JAIRO TOVAR	CC	93162710	JOSE SEGURA
3	ADOLFO ROMERO	CC	73193667	ADRC
4	WILFER CONCO H	CC	8'980938	
5	JORGE DAVID [illegible]	CC	3806475	
6	CARLOS HERNANDEZ	CC	4102430	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

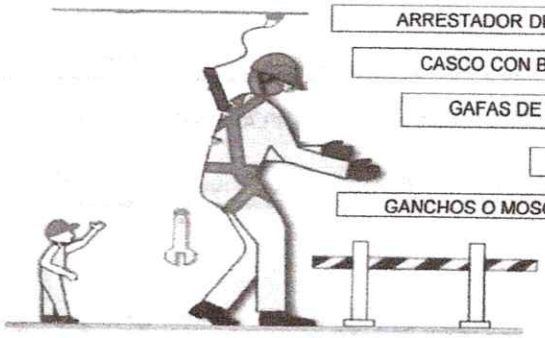
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en viga de placa

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

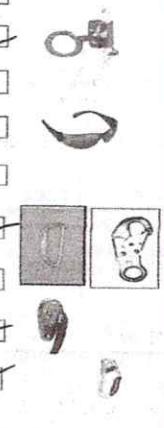
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[X]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? no **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106771404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106771404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6382816 FIRMA Jhon Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ricardo M	CC	73169979	Ricardo M
2	Ernesto Lopez	CC	93414874	
3	Juan Fernando	CC	1066500931	Juan Cardenas
4	Hugo Adiel Zapata	CC	1005773450	Hugo Adiel Zapata
5	Eingeser D Tejada	CC	9153751	
6	Roinnob Cada	CC	1041993507	Roinnob

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

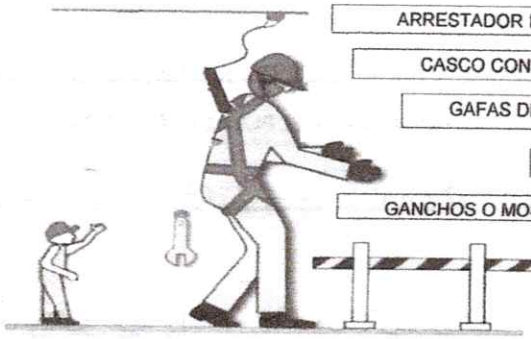
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en vigas de placa.

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

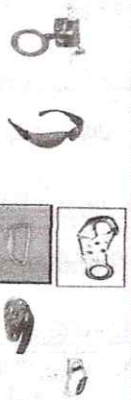
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[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 [illegible] CÉDULA [illegible] FIRMA [signature]

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

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

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

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

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

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

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

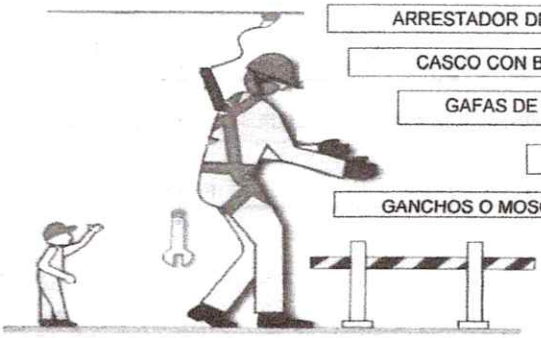
Amarre de hierro en vigas de placa,

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

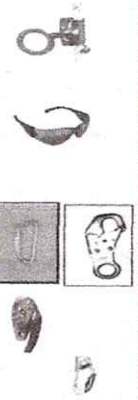
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 6276216 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: 30 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: Charras

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Wilfer Correa H.	cc	81980938.	
2	Rolando LARA	Cc	1049938807	Rolando
3	Nilson Alvarez Cu	Cc	8850462	Nilson A C
4	JHON RAMOS	Cc	73576225	JHON
5	Rocio Romero	Cc	73193667	ARC
6	Ernesto Lopez	Cc	93446714	EL

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

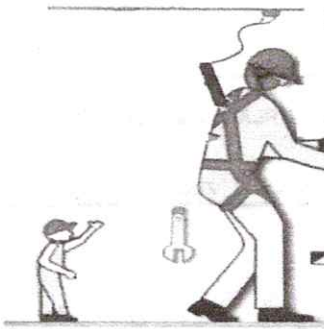
Armado de placa y amarre de hierro

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

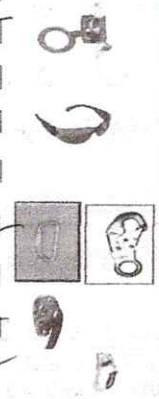
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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

IFICACIÓN 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 Contreras CÉDULA 1067[illegible]07 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1067[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Janeth R CÉDULA 6582176 FIRMA Jhon Janeth Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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	Jose segio	Cc	1407627o	Jose segio
2				
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

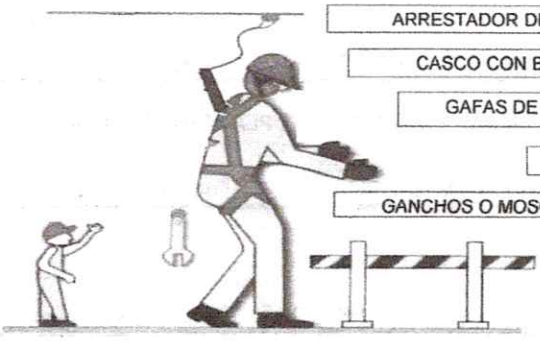
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de material a la placa

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

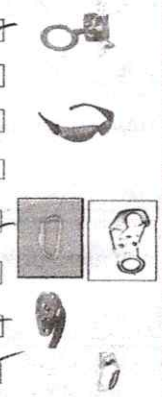
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Se encuentra libre de consumo de sustancias psicoactivas?	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106777xxx FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106777xxx FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6382676 FIRMA Jhon Joseph 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: 16 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CAMACHO

VALIDO HASTA: DIA: 22 MES: 09 AÑO: 16 Hora final: 18:00 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Christian Romero	cc	1047414876	
2	Adolfo Romero	cc	73193667	ARC
3	Welfer Cano H	cc	8'980938.	
4	Jaime Muñoz	cc	3806075	
5	Luis Gutierrez	cc	26553987	
6	Alonso Padilla	cc	1401612	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

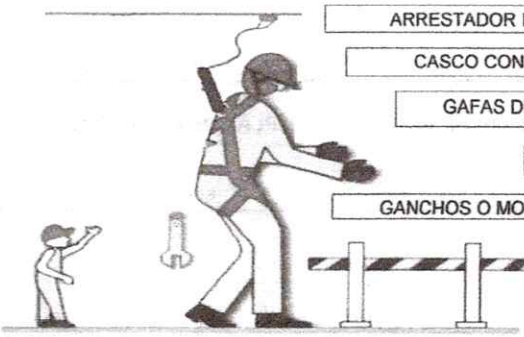
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de estructura Placa

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

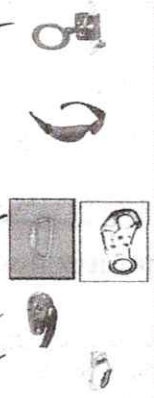
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[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 Cardenas CÉDULA 1067721404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Cardenas CÉDULA 1067721404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 6586126 FIRMA Juan Janeth Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Eingleberto Payoma	C	9153751	
2	Nilson Alvarez Cc.	CC	88504162	Nilson A C
3	Yimis Pujoto	CC	91543119	
4	Ernesto Lopez	CC	93448714	
5	Juan Armando	CC	1006500937	Juan V
6	Jose Segio	CC	1140822.	Jose Segio

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:
Hospital San Juan Bautista

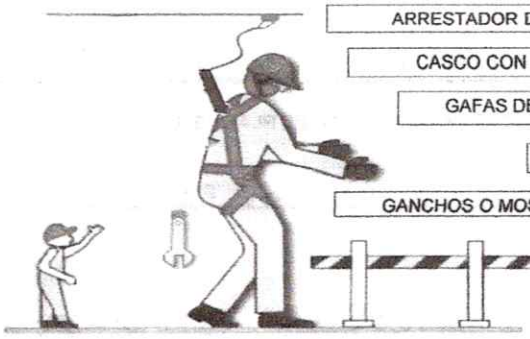
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:
Armado de estructura en placa

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

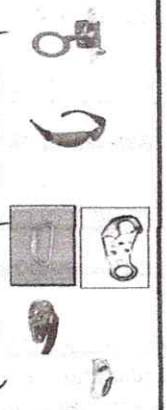
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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

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? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ___
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ___
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ___
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ___
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ___
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ___

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1106772407 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1106772407 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6382816 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: 11 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: CHAPARRAL

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cristian camilo Tovar	1007650621		Cristian camilo Tovar
2	Ricardo Moreno	73169979		Ricardo M
3	PEDRO SABALZA	1128054322		PEDRO L C S
4	EDWAR ALBERTO	14011845		EDWAR
5	EQUIPO EXTRA	14011560		
6	ALBEIRO MENDOZA	14010163		ALBEIRO

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

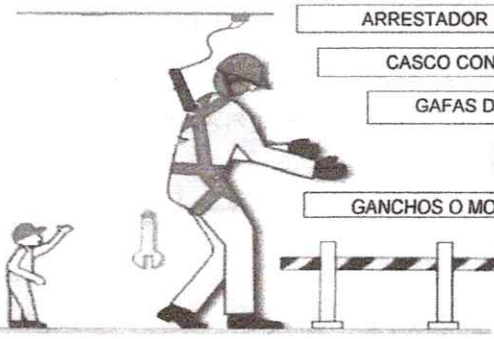
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en placa

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

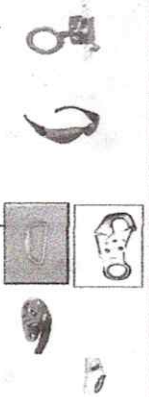
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[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 Correa CÉDULA 1106773404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Correa CÉDULA 1106773404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 6782316 FIRMA Jhon Jonatan Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Jose Manuel Gaitan	1005851365		Jose Manuel
2	Cesar Romero	9102430		Cesar Romero
3	/	/		/
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

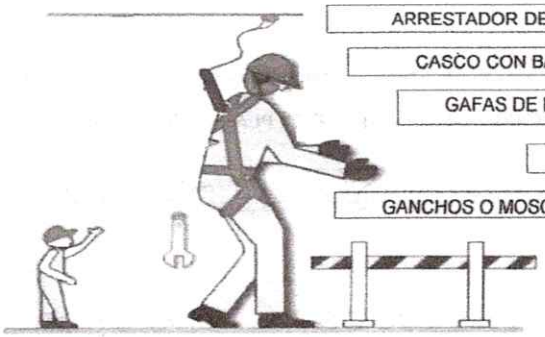
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de hierro a placa

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

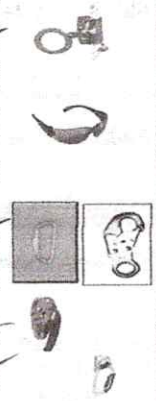
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
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 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 6582826 FIRMA Jose 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: 12 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: Bucaramanga

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ricardo M	CC	73169979	
2	Nelfer Conco H	CC	1980939	
3	James Alvarez	CC	3806477	
4	Nilson Alvarez C	CC	88501762	Nilson A C
5	Luis Fernando Rio Mendez	AUX	1005 854 839	Luis Fernando
6	Yuio Gutierrez	AUX	26553987	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

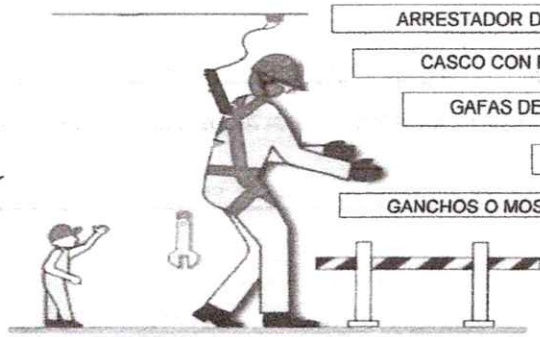
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

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

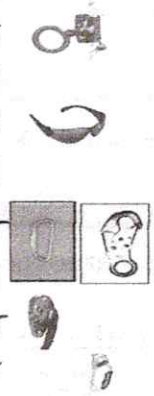
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, 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?	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐

ESCALERA PORTÁTIL	Aplica	☐	NAA	☑	ANDAMIOS	Aplica	☐ NAA ☐

	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 METÁLICA EN BUEN ESTADO	☑	☐
			PLATAFORMA METÁLICA 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 Contreras CÉDULA 1106773507 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1106773507 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 5828826 FIRMA Jhon Jairo Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Brillon Romero	Ce	1047414876	
2	Ernesto Lopez	Cc	93446814	
3	Jose manuel	Ce	1005851365	Jose manuel
4	Juan Fernando	Ce	1006500937	Juan Cardenas
5	Cristian camilo Toval	Ce	1001650621	Cristian camilo Toval
6	Adolfo Rovelo	Ce	73193667	ARC

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

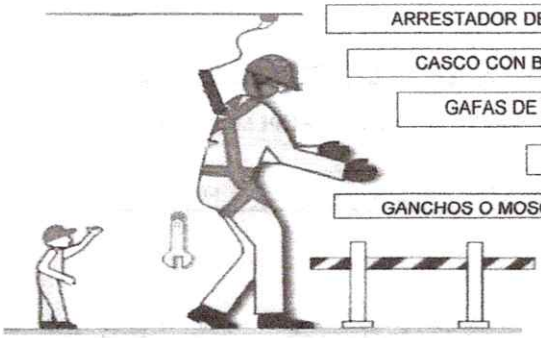
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

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

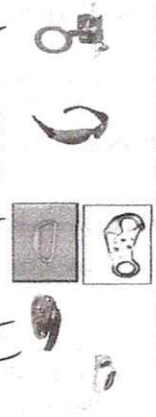
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, andamio

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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 Carrasco CÉDULA 1106777xxx FIRMA

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

NOMBRE Harold Carrasco CÉDULA 1106777xxx FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 6582826 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: Chapaza

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cesar Ramos	cc	9102450	Cesar Ramos
2	Hugo Adiel Zapata	ce cc	1005743450	Hugo Adiel Zapata
3	Alberto mendoza		14010167	Alberto
4	/	/	/	/
5				
6				

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

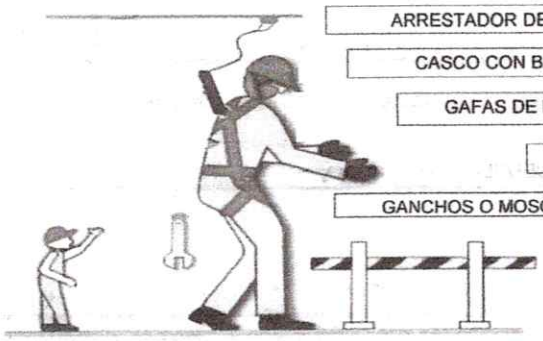
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, andamio

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ___
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ___
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ___
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ___
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ___
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ___

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1136772407 FIRMA

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

NOMBRE Harold Contreras CÉDULA 1136772407 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 5582826 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: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: Chapinero

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ernesto Lopez	cc	93448714	
2	Adolfo Romero	cc	73193567	
3	Samuel Alvarez	cc	3806475	
4	cristian camilo Tovar	cc	1001650621	cristian camilo Tovar
5	Ricardo Herrera	cc	73169979	
6	Alfonso Bonilla	cc	14012612	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

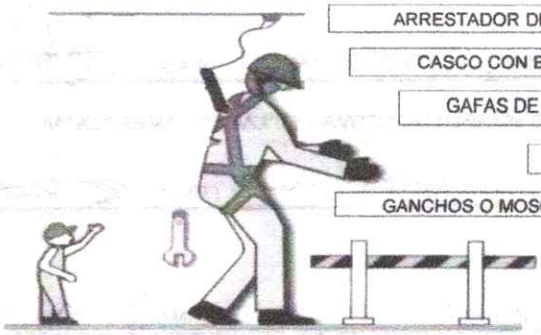
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: fundida de columnas en placa

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

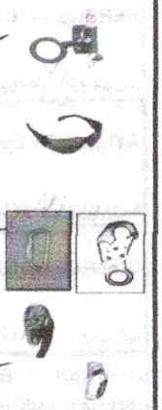
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	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

IFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: 2, andamio

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ___
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ___
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ___
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ___
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ___
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ___

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Heraldo Carranza CÉDULA 1.067.722.404 FIRMA

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

NOMBRE Heraldo Carranza CÉDULA 1.067.722.404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Ivon Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Ivon 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: 24 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Yilber Lopez	CC	1111332708	
2	Luis Cutiva Vlez	CC	26553957	
3	Juan fernando	CC	1006500937	Juan Cerdenes
4	Jose manuel	CC	1005851365	Jose manuel
5	Sebastian Gallinda	CC	1100966197	
6	Yimis Patiño z	CC	9154310	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

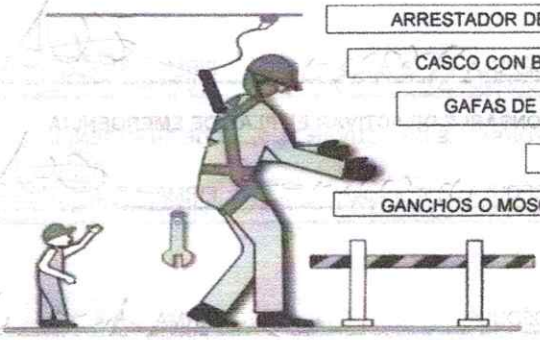
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Montaje soporte columnas en placa

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

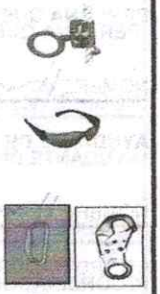
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta Manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Andamio

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067[illegible]04 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067[illegible]04 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Juan Jareth Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 14 MES: 9 AÑO: 26 Hora inicio: 09:00 CENTRAL/SEDE:: Chapinero

VALIDO HASTA: DIA: 14 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	Ing Gilberto Pajaro	CC	9153751	
2	Welfer Cortes H.	CC	8'980938.	
3	Andres Tejedor	CC	1014196081	
4	Brithon E Gomez J	CC	1047414876	
5	Hector Cespedes	CC	11523070	
6	LUIS FERNANDO RICO MENDEZ	CC	1005 854 834	LUIS FERNANDO

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

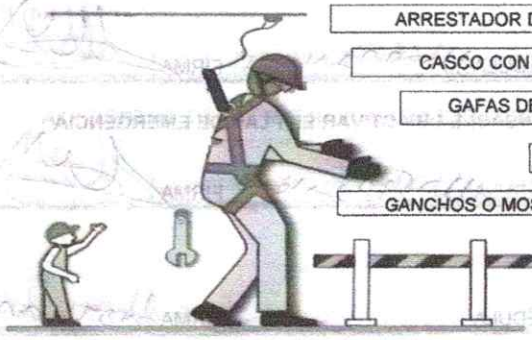
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Montaje cubierta columnas en placa

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, 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	☑	☐

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ___
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ___
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ___
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ___
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ___
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ___ NO: ___

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1.152.672.404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1.152.672.404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Romero CÉDULA 65.828.126 FIRMA for Janeth Romero

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

VALIDO HASTA: DIA: 15 MES: 09 AÑO: 2026 Hora final: 18:00 CONTRATO N°_____

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Jose Se 96	Cc	7407627 0	Jose Se 96
2	Jhon Diaz	Cc	1709420596	Jhon Oshwin Diaz
3				
4				
5				
6				

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

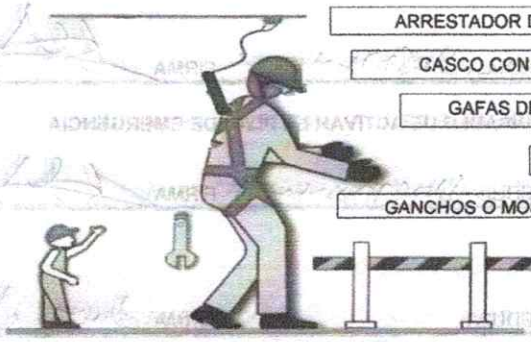
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:
Descargue de Bloque en Planta.

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	☑	☐



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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

ESTADO DE SALUD	1 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 1065[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carrera CÉDULA 1065[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jhon Jairo Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 15 MES: 09 AÑO: 20 Hora inicio: 9:00 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	Kevin [illegible]	1047467756	1	
2	Pedro Luis	CC	1124064322	Pedro
3	Luis Fernando Rico Mendez	1005851854		Luis Fernando
4	Edgar Rodriguez	1005851325		Edgar R
5	/	/	/	/
6	/	/	/	/

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

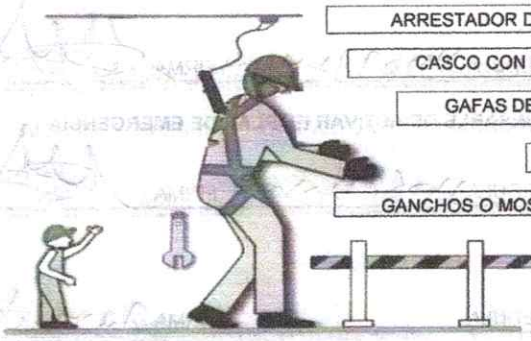
Anclarse de hacia en placa y armado de vigas.

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

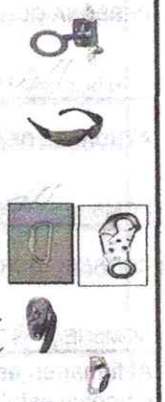
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

	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 menor

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
ZAPATAS DE SEGURIDAD	☐	☐
RIELES Y PELDAÑOS EN BUEN ESTADO	☐	☐
INCLINACIÓN (4:1)	☐	☐

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106771404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106771404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Juan Jaraith Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Engilberto Pajaro	CC	9153751	Enp
2	Juan Fernando	cc	1006500931	Juan Cardenas
3	Ignacio Lopez	cc	93448714	
4	Nilson Padilla	cc	1401262	Nilson P.
5	Ricardo Marrugo	cc	73169979	Ricardo M
6	Yamis Pajaro	cc	9154319	Yamis

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

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

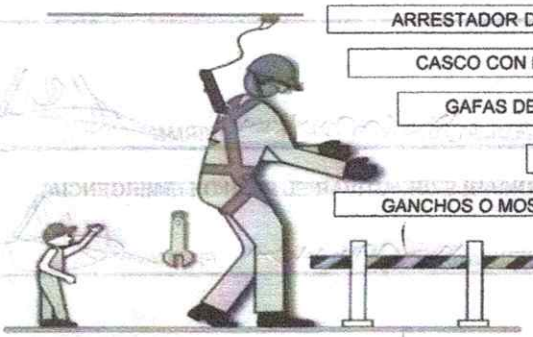
Amarre de hierro en vigas de placa

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

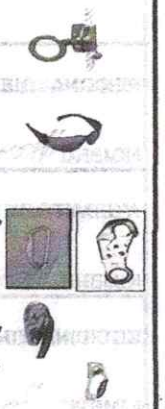
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAIDA (freno)	[ ]	[x]
CASCO CON BARBUQUEJO	[x]	[ ]
GAFAS DE PROTECCIÓN	[x]	[ ]
GUANTES	[x]	[ ]
GANCHOS O MOSQUETONES	[ ]	[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 Serrano CÉDULA 1136772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Serrano CÉDULA 1136772404 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: 15 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 07:00 CENTRAL/SEDE:: Chalarca

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	Victor M Parra	7300770		
2	Adolfo Rondon	7319766		
3	Jaime Mejias	CC	3806475	
4	Luis Gutierrez	CC	26553987	
5	Wilson Alvarez Cano	CC	8850462	
6	Christian E Jaramillo	1047444876		

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

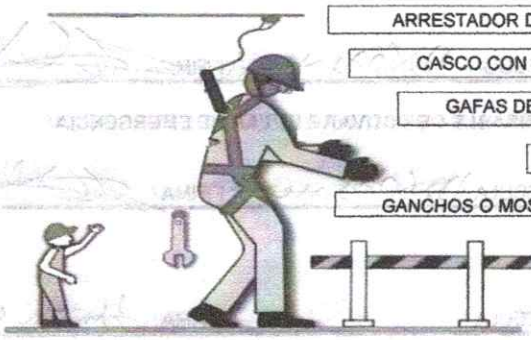
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amarre de hierro en placa

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

	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 1106771464 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106771464 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jhon Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jhon Jonatan Ramirez

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

CÓDIGO SST	**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:**	**VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Ernesto Lopez	cc	93448716	
2	Jaime Hurtado	cc	3806475	
3	Adolfo Ramos	cc	73193667	ARC
4	Ing Roberto Lozano	cc	91537251	
5	Blasmir Arostabal	cc	98617301	
6	Kevin Yesid Estrada	cc	1047466756	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

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

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: 31, Andamio

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓	NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓	NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓	NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓	NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓	NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓	NO:

OBSERVACIONES:

JHOYCAMOL

73576223

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Corcanta CÉDULA 1106773404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Corcanta CÉDULA 1106773404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Juan Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

FECHA EXPEDICIÓN: DIA: 26 MES: 09 AÑO: 26 Hora inicio: 08:00 CENTRAL/SEDE: CHAPARRAL

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Edwar Rodriguez	CC	1005881325	Edwar R.
2	Harold Carrera	CC	1106777	
3				
4				
5				
6				

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

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

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

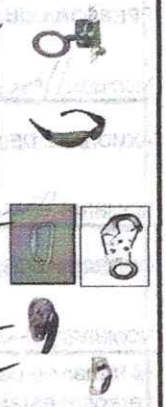
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772620 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106772620 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Janeth Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	LUIS FERNANDO RICO MENDEZ	CC	1005 854 834	LUIS FERNANDO
2	Ricardo M	CC	73 169 979	Ricardo M
3	Cristian Camilo T	CC	1047414876	
4	Wilson Alvarez Castro	CE	8850 462	Wilson A C
5	Jose Manuel Gaitan	CC	1005851365	Jose Manuel
6	Cristian camilo Tovar	CC	1007650621	cristian camilo Tovar

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

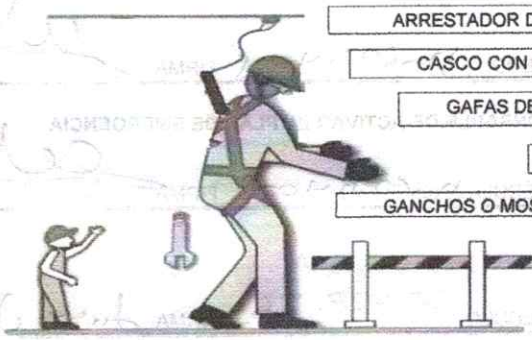
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Fundida de columnas

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

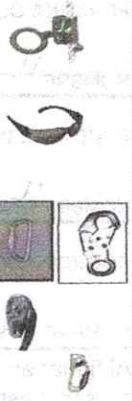
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[✓]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, Andamios

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067731404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067731404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jusy Ramirez CÉDULA 65.828.126. FIRMA Jusy Janeth Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	[illegible]	CC	1047448876	
2	[illegible]	CC	1047467756	
3	Ricardo M	CC	73169979	Ricardo M
4	Nilson Alvarez Col.	CC	8850462	Nilson A.C
5	Ernesto Lopez	CC	93448714	
6	JHON C Ramos B	CC	7557633	JHON

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

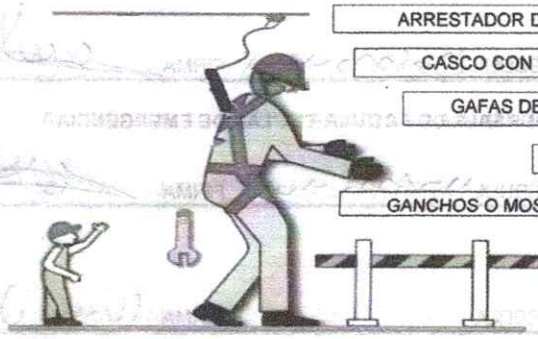
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Amasar de hierro en placa.

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[ ]	[x]



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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO: ___
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO: ___
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO: ___
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO: ___
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO: ___
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO: ___

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

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

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

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

TIPO DE TRABAJO: RUTINARIO ☑ 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?	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	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

	SI:	NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	✓	
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	✓	
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	✓	
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	✓	
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	✓	
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	✓	

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1102 [illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1102 [illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828126 FIRMA Jose Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Reinaldo LARA	cc	1024938407	Reinaldo
2	Heiner GUSTAVA	cc	1014677756	
3	Alberto mendoza	cc	1101016?	Alberto
4	Alonso PADILLA	cc	1.401261?	Alonso
5	Luis GUTIERREZ	cc	21553987	
6	Walter Cano	cc	8.198093?.	

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

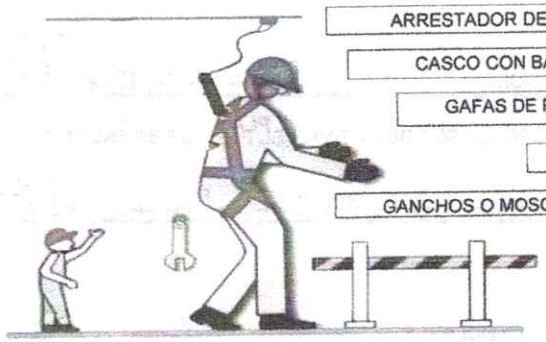
Armado de estructura placa

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? NO **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Serrano CÉDULA 1106771407 FIRMA

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

NOMBRE Harold Serrano CÉDULA 1106771407 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Bautista Rivera CÉDULA 65.828.126 FIRMA Juan Bautista Rivera

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Adolfo Romero	CC	73193667	ARC.
2	Ernesto Lopez	CC	93468714	EL
3	Cindel Cortes Pajaro	CC	9153721	Ecp
4	Wilson Alvarez	CC	8854627	
5	Cristian Ramos	CC	1047448876	
6	Luis Fernando Ricomeyer	CC	1065854830	Luis Fernando

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

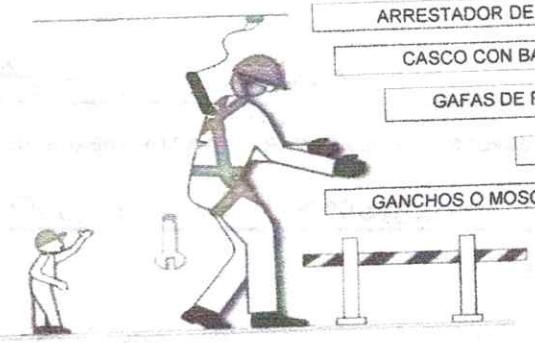
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Armado de estructura para placa.

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

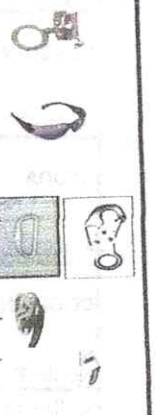
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[X]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓	NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓	NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓	NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓	NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓	NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓	NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Cortes CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Cortes CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Luis Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Luis Yaneth Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

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

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR:

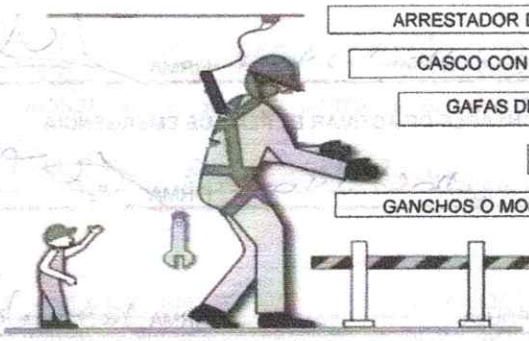
Armado de estructura para placa

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



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



EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

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

ESTADO DE SALUD	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No	6 Si	6 No
Se encuentra en condiciones aceptables de salud para realizar el trabajo? Estado de animo adecuado?	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[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 Corrales CÉDULA 1106772404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Corrales CÉDULA 1106772404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 65.828126 FIRMA Juan Jaramillo Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

VALIDO HASTA: DIA: 21 MES: 09 AÑO: 26 Hora final: 2800 CONTRATO N°

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Cristian C Ramirez	cc	1047414876	
2	Alberto Mendoza	cc	14010167	Alberto
3	Adolfo Romero	ce	73193667	ARC
4	Ingilberto Palma	cc	91537591	
5	Ernesto Lopez	cc	93448714	
6	Nilson Alvarez C	ce	8850462	Nilson A C

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Desenredo fresado 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]	[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	☑	☐

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 1106777xxx FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1106777xxx FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Jamith Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Juan Fernando Rodriguez	CC	1006500937	Juan Cardenas
2	Wilfer Cortes H.	CC	8'980938.	
3	Pedro Luis	CC	1128054322	Pedro
4	EDWAR IGAL	CC	14011845	EDWAR
5	ALFONSO PADILLA	CC	14012612	Alfonso P.
6	Cristian camilo Tovar Sanchez	CC	1007650627	cristian camilo Tovar

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

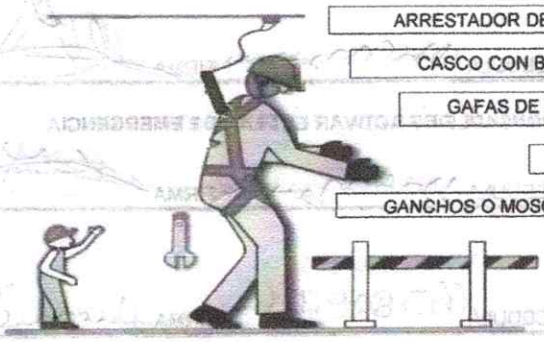
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Montaje de castillo en e-tumas.

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[X]	[ ]



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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER LA TAREA: Herramienta manual

VERIFICACIÓN PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR: Si, anclamos

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

SISTEMA DE ASCENSO

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

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

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

REQUIERE PERMISOS ADICIONALES? ☑ **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓ NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓ NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓ NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓ NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓ NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓ NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carreño CÉDULA 1.0[illegible] FIRMA

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

NOMBRE Harold Carreño CÉDULA 1.0[illegible] FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Juan Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Juan Jonatan Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**

CONSORCIO EQUIGRAVA

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

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

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

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOCUMENTO CC -CE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
1	Luis Fernando Rico Alvarez	Cc	1001854834	Luis Fernando
2	Ricardo M	Cc	73169979	Ricardo M
3	Joseph Gio	Cc	1140162 7	Joseph Gio
4	Kelin y Jn Estrada	Cc	1047461756	
5	/	/	/	/
6	/	/	/	/

SITIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Hospital San Juan Bautista

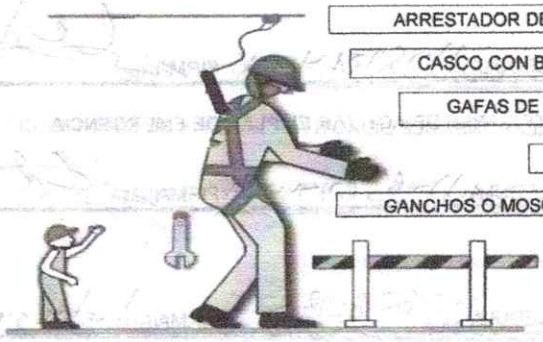
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO A REALIZAR: Cargue de material a Placa

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

	Aplica	N.A
ANCLAJE	[x]	[ ]



	Aplica	N.A
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	[ ]	[x]
ARRESTADOR DE CAÍDA (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? **TRABAJOS ELÉCTRICOS** ☐ **TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **TRABAJOS EN CALIENTE** ☐

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EMISIÓN DEL PERMISO

LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO CUENTAN CON LA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE?	SI: ✓	NO:
LAS PERSONAS QUE VAN A REALIZAR EL TRABAJO ESTÁN ENTRENADAS Y CUENTAN CON EL CERTIFICADO DE ALTURAS O LA COMPETENCIA LABORAL EN TRABAJOS EN ALTURAS	SI: ✓	NO:
SABEN COMO REALIZAR LA ACTIVIDAD ESPECÍFICA?	SI: ✓	NO:
¿ EL PERSONAL HA INSPECCIONADO Y REVISADO DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA CONTRA CAÍDAS?	SI: ✓	NO:
¿ SE CUENTAN CON LAS CONDICIONES ATMOSFERICAS IDONEAS PARA NO GENERAR RIESGOS ADICIONALES?	SI: ✓	NO:
LOS EJECUTANTES DISPONEN DE LOS EPP NECESARIOS,LOS SABEN EMPLEAR Y ESTÁN EN ADECUADO ESTADO?	SI: ✓	NO:

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067731404 FIRMA

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

NOMBRE Harold Carranza CÉDULA 1067731404 FIRMA

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE Jose Ramirez CÉDULA 65.828.126 FIRMA Jose Ramirez

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

CÓDIGO SST **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** **VERSIÓN**