



SANLIFER SEGURIDAD S.A.S.
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y ANÁLISIS DE
TRABAJO SEGURO (ATS)

Código: SST-FT-03-C

Versión: 01

Fecha: 09-sep-2026

Página: 1 de 1

Fecha de expedición (dd-mm-aa):		Hora de inicio:	
Fecha de terminación (dd-mm-aa):		Hora de terminación:	
Altura aprox. de trabajo (m):		Cliente / proyecto / sede:	

2. NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS TRABAJADORES AUTORIZADOS

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1				
2				
3				
4				

Tipo de trabajo en alturas a realizar (plomiería, jardinería, pintura, mantenimiento CCTV, etc.):

3. ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) — identifique cada paso, el peligro, el riesgo y el control

Paso de la tarea	Peligro identificado	Riesgo	Medida de control

Descripción y procedimiento de la tarea:

¿Se verificó la seguridad social de los trabajadores y está vigente? SI ___ NO ___

Nombre de la ARL: _____

REQUERIMIENTOS DE APTITUD DE LOS TRABAJADORES

Pregunta (marque Sí/No)	Trab. 1	Trab. 2	Trab. 3	Trab. 4
¿Examen médico ocupacional con énfasis en alturas vigente?	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___
¿El examen médico certifica aptitud psicofísica?	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___
¿Presenta alguna condición de salud que le impida trabajar en alturas?	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___
¿Toma medicamentos que causen sueño, vértigo o mareo?	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___
¿Cuenta con certificado de capacitación en alturas vigente?	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___	Sí ___ No ___

MEDIDAS DE PREVENCIÓN COLECTIVAS CONTRA CAÍDAS (marcar con X)

Delimitación del área: SI___ NO___ N/A___	Barandas: SI___ NO___ N/A___	Control en superficies con huecos o aberturas: SI___ NO___ N/A___
Línea de advertencia: SI___ NO___ N/A___	Control de acceso: SI___ NO___ N/A___	Ayudante de seguridad: SI___ NO___ N/A___

SISTEMA DE ACCESO Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (marcar con X)

Sistema utilizado	Marca	N/A
Escalera portátil o fija		
Andamio certificado (multidireccional, tubular o colgante)		
Elevador de personal (canasta o plataforma)		
Línea de vida horizontal / vertical		
Puntos de anclaje certificados independientes		

Ubicación del punto de anclaje verificado:	Capacidad certificada (kgf/kN):
--	---------------------------------

¿Puntos de anclaje certificados? SI___ NO___

¿Sistemas de acceso auto estables y auto soportables? SI___ NO___

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (marcar con X)

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

Arnés de cuerpo entero	
Eslinga de posicionamiento o con absorbedor de choque	
Línea de vida retráctil (freno automático)	
Casco de seguridad con barbuquejo de 3 o 4 puntos	
Gautes de protección y calzado antideslizante	

¿Se inspeccionaron los equipos de protección contra caídas según SST-FT-04, antes de iniciar la tarea? SI___ NO___

Responsable de activar el plan de emergencias:

Mecanismo de comunicación:

AUTORIZACIÓN — válido solo para la fecha, la tarea y los trabajadores aquí relacionados

PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO	COORDINADOR DE TRABAJOS EN ALTURAS
Nombres y apellidos: _____	Nombres y apellidos: _____
Cargo: _____ Firma: _____	Cargo: _____ Firma: _____
RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	AYUDANTE DE SEGURIDAD (cuando aplique)
Nombres y apellidos: _____	Nombres y apellidos: _____
Cargo: _____ Firma: _____	Cargo: _____ Firma: _____