

 <b>IRTP</b>	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	Código: I-OA-N° 004-2019/F-01
	<b>PERMISO ESCRITO PARA TRABAJO EN ALTURA</b>	Versión: 03 Fecha: Marzo 2019 Página 1 / 2

**I.- DATOS DE LA ENTIDAD USUARIA**

<b>RAZÓN SOCIAL:</b>		<b>RUC</b>	
INSTITUTO NACIONAL DE RADIO Y TELEVISIÓN DEL PERÚ		20338915471	
<b>DOMICILIO PRINCIPAL:</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>
Av. JOSÉ GÁLVEZ N° 1040 - Santa Beatriz	CERCADO DE LIMA	LIMA	LIMA
<b>TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA / TAMAÑO</b>	<b>Nº TRABAJADORES</b>	<b>Nº TRABAJADORES</b>	<b>NOMBRE ASEGURADORA SCTR</b>
(1) COMUNICACIONES	M <input type="text"/> F <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**II.- DATOS DEL EMPLEADOR**

<b>RAZÓN SOCIAL:</b>		<b>RUC</b>	
INSTITUTO NACIONAL DE RADIO Y TELEVISIÓN DEL PERÚ		20338915471	
<b>DOMICILIO PRINCIPAL:</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>
Av. JOSÉ GÁLVEZ N° 1040 - Santa Beatriz	CERCADO DE LIMA	LIMA	LIMA
<b>TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA / TAMAÑO</b>	<b>Nº TRABAJADORES</b>	<b>Nº TRABAJADORES</b>	<b>NOMBRE ASEGURADORA SCTR</b>
(1) COMUNICACIONES	M <input type="text"/> F <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**LUGAR/SEDE :** \_\_\_\_\_ **FECHA :** \_\_\_\_\_

**AREA:** \_\_\_\_\_ **HORA INICIO:** \_\_\_\_\_ **HORA FINAL:** \_\_\_\_\_

**2.- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:**

---



---



---



---

**INSTRUCCIONES:**

1. Antes de completar este formato, lea el procedimiento de Trabajos en Altura  
 2. Esta autorización es válida solo para el turno y fecha de ingreso.  
 3. Si alguno de los requerimientos no fuera cumplido, esta autorización NO PROCEDE.

4. El Permiso Escrito para Trabajos en Altura debe permanecer en el área de trabajo y luego al Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo.  
 5. En caso de responder N/A a alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en

1.- LISTA DE VERIFICACIÓN:		SI	N/A	Observaciones
1	El lugar está protegido para el desempeño del trabajo en altura en condiciones seguras.			
2	Personal esta entrenado para Trabajos en Alturas: conoce las medidas preventivas y riesgos, formación específica, uso de los equipos.			
3	Ha inspeccionado su EPP para trabajos en altura y esta en buen estado, como arnes de seguridad, lineas de anclaje, lineas de vida, (correas sin desgaste, torceduras, ni amarres,y piezas metalicas sin corrosion, ni desgaste)			
4	Han inspeccionado los equipos o herramientas como andamios, escaleras, etc, y estan en buen estado			
5	Se cuenta con una línea de vida sujeta al punto de anclaje para el desplazamiento de los trabajadores			
6	Se cuenta con la señalización necesaria en zona de trabajo (cinta amarilla de advertencia, letreros, señales de seguridad)			
7	Se toma medidas complementarias de seguridad para anular las condiciones peligrosas del trabajo. (colocar red para proteger al personal que labora en la parte inferior de la caída de materiales o herramientas)			

8	Se ha explicado al personal los peligros y controles específicos del trabajo.			
---	---	--	--	--

  <b>IRTP</b>	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	Código: I-GAF N° 004-2018/F-01
		Versión: 02
	<b>PERMISO ESCRITO PARA TRABAJO EN ALTURA</b>	Fecha: Marzo 2018
		Página 2 / 2

**3.- EQUIPO DE TRABAJO: ( \* )** Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá durante la ejecución de esta tarea y/o observador de Trabajo en Altura

	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	DNI
1.- (*)			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			
7.-			
8.-			

**4.- EQUIPO DE PROTECCIÓN REQUERIDO** (EPP Básico: Casco de seguridad con barbiqueo, lentes con protección y zapatos de seguridad con punta de acero)

<input type="checkbox"/> EPP Básico <input type="checkbox"/> Arnés de seguridad <input type="checkbox"/> Línea de anclaje con absorbedor de impacto <input type="checkbox"/> Línea de anclaje sin absorbedor de impacto <input type="checkbox"/> Línea de Vida <input type="checkbox"/> Punto de Anclaje <input type="checkbox"/> Guantes de cuero / badana <input type="checkbox"/> Otros (indique): _____ <input type="checkbox"/> Equipos de Comunicación: _____	<p style="text-align: center;"><b>TRABAJOS ELECTRICOS</b></p> <input type="checkbox"/> Guantes dieléctrico <input type="checkbox"/> Zapatos dieléctricos <input type="checkbox"/> Full face Otros (indique) : _____ <p style="text-align: center;"><b>PROTECCION AUDITVA</b></p> <input type="checkbox"/> Orejeras <input type="checkbox"/> Tapón auditivo	<p style="text-align: center;"><b>TRABAJOS CON PINTURA</b></p> <input type="checkbox"/> Traje (Impermeable / Tyvek) <input type="checkbox"/> Lentes antiparra <input type="checkbox"/> Respirador <input type="checkbox"/> Cartucho de respirador <input type="checkbox"/> Filtro para polvo P100 <input type="checkbox"/> Guantes de neoprene / nitrilo <input type="checkbox"/> Botas de jebe <input type="checkbox"/> Otros (indique) : _____
---	---	---

**5.- HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIAL:**


**6.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN**

CARGO	NOMBRES	DNI	FIRMA
Supervisor de Equipo de Trabajo			
Jefe de Área			
Supervisor de SST			