|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | HORA INICIAL: | HORA FINAL: |
| IDENTIFICACIÓN EQUIPO: |
| ESCALERA EXTENSIBLE |  | ANDAMIO/PLATAFORMA |  | ANDAMIO/SELLETA COLGANTE |  |

|  |
| --- |
| **SECTOR, AREA, LUGAR Y DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:**  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO** |
| N° | NOMBRE DEL TRABAJADOR | N° IDENTIFICACIÓN | LABOR A REALIZAR |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFIQUE LOS PELIGROS** |
| Líneas energizadas |  | Descargas atmosféricas  |  | Proyección partículas  |  |
| Superficies de terreno irregular  |  | Lluvia |  | Caídas de objetos  |  |
| Trafico de peatones  |  | Caídas / Altura |  | Manipulación de objetos químicos  |  |
| Fuertes vientos  |  | Derrumbes  |  | Trabajos nocturnos |  |

|  |
| --- |
| **EQUIPOS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD NECESARIOS** |
| Cascos  |  | Guantes de nitrilo |  | Impermeable  |  |
| Monógafas de seguridad  |  | Overol enterizo en PVC |  | Botas de seguridad  |  |
| Protección respiratoria |  | Arnés para el cuerpo  |  | Botas pantaneras |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LISTA DE VERIFICACIÓN**  | **SI** | **NO** | **N/A** |
| ¿El trabajador ha inspeccionado y revisado el estado del sistema de ascenso/descenso a utilizar?  |  |  |  |
| ¿Se ha revisado el estado de la estructura antes de instalar el equipo de ascenso/descenso? |  |  |  |
| ¿El área de trabajo ha sido despejada, cubriendo el material que no puede ser retirado? |  |  |  |
| ¿Se encuentran los equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado? |  |  |  |
| ¿El trabajador ha instalado el arnés de seguridad en alturas mayores a 1.5 metros y ha sido conectado a una línea de vida fija a la estructura? |  |  |  |
| ¿Se ha dispuesto de una cuerda de servicio para carga objetos y otros materiales de trabajo?  |  |  |  |
| ¿Se ha dispuesto de una bolsa portaherramientas para carga de herramientas de trabajo?  |  |  |  |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante este trabajo? |  |  |  |
| **LISTA DE VERIFICACIÓN**  | **SI** | **NO** | **N/A** |
| ¿El área de trabajo se ha delimitado y aislado convenientemente?  |  |  |  |
| ¿El trabajador se ha colocado todos los elementos de protección personal? |  |  |  |
| ¿Permiten factores externos (condiciones atmosféricas) que el trabajo se haga con seguridad?  |  |  |  |
| ¿Luego de terminar el trabajo, se ha revisado que tanto el equipo utilizado como el área de trabajo quedan en buenas condiciones de orden y aseo? |  |  |  |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO** |
| **RESPONSABLES** | **APELLIDO Y NOMBRE**  | **FIRMA** | **HORA** |
| Del Área  |  |  |  |
| Del Trabajo  |  |  |  |
| Salud Ocupacional |  |  |  |
| Del Contratista |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CIERRE DEL PERMISO** |
| Entrega Resp. del Trabajo: Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Recibe Resp. del Área:Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Área de Salud ocupacional:Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |